Oliver Sacks

L’uomo che scambiò sua moglie per un cappello

EditMabi. com
titolo originale:
The man who mistook his wife for a hat
traduzione di Clara Morena.
copyright 1985 by oliver sacks.
copyright 1986 adelphi edizioni s. p. a. , Milano
quarta edizione: febbraio 1988.

VISIT…

L'UOMO CHE SCAMBIO'
SUA MOGLIE PER UN CAPELLO

A Leonard Shengold M. D.

Oliver Sacks è un neurologo, ma il suo rapporto con la neurologia è simile a quello di Groddeck con la psicoanalisi. Perciò Sacks è anche molte altre cose:

«Mi sento infatti medico e naturalista al tempo stesso; mi interessano in pari misura le malattie e le persone; e forse anche sono insieme, benché in modo insoddisfacente, un teorico e un drammaturgo, sono attratto dall'aspetto romanzesco non meno che da quello scientifico, e li vedo continuamente entrambi nella condizione umana, non ultima in quella che è la condizione umana per eccellenza, la malattia: gli animali si ammalano, ma solo l'uomo cade radicalmente in preda alla malattia». E anche questo va aggiunto: Sacks è uno scrittore con il quale i lettori stabiliscono un rapporto di tenace affezione, come fosse il medico che tutti hanno sognato e mai incontrato, quell'uomo che appartiene insieme alla scienza e alla malattia, che sa far parlare la malattia, che la vive ogni volta in tutta la sua pena e però la trasforma in un «intrattenimento da Mille e una notte». Questo libro, che si presenta come una serie di casi clinici, è un frammento di tali Mille e una notte - e ciò può aiutare a spiegare perché abbia raggiunto negli Stati Uniti un pubblico vastissimo.

Nella maggior parte, questi casi - ma Sacks li chiama anche «storie o fiabe» - fanno parte dell'esperienza dell'autore. Così, un giorno, Sacks si è trovato dinanzi «l'uomo che scambiò sua moglie per un cappello» e «il marinaio perduto».

Si presentavano come persone normali: l'uno illustre insegnante di musica, l'altro vigoroso uomo di mare. Ma in questi esseri si apriva una voragine invisibile: avevano perduto un pezzo della vita, qualcosa di costitutivo del sé. Il musicista carezza distrattamente i parchimetri credendo che siano teste di bambini.

Il marinaio non può neppure essere ipnotizzato perché non ricorda le parole dette dall'ipnotizzatore un attimo prima. Che cosa vive, se non sa nulla di ciò che ha appena vissuto? Rispetto alla normalità, che è troppo complessa per essere capita, e tende a opacizzarsi nell'esperienza comune, tutti i "deficit" o gli eccessi di funzione, come li chiama la neurologia, sono squarci di luce, improvvisa trasparenza di processi che si tessono nel "telaio incantato" del cervello. Ma queste storie terribili e appassionanti tendono a rimanere imprigionate nei manuali. Sacks è il mago benefico che le riscatta, e per pura capacità di identificazione con la sofferenza, con la turba, con la perdita o l'infrenabile sovrabbondanza riesce a ristabilire un contatto, spesso labile, delicatissimo, sempre prezioso per i pazienti e per noi, con mondi remoti e altrimenti muti. Questo è il libro di un nuotatore "in acque sconosciute, dove può accadere di dover capovolgere tutte le solite considerazioni, dove la malattia può

essere benessere e la normalità malattia, dove l'eccitazione può essere schiavitù o liberazione e dove la realtà può trovarsi nell'ebbrezza, non nella sobrietà”

Oliver Sacks è nato a Londra nel 1933, in una famiglia di medici. Dopo studi di neurofisiologia, è tornato al lavoro clinico, che oggi pratica a New York. L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello è stato pubblicato a Londra nel 1985. Il suo Risvegli, definito da W.H. Auden “un capolavoro”, è uscito da Adelphi nel 1987.

INDICE

Oliver Sacks 1
L’uomo che scambiò sua moglie per un cappello. 1
Parte prima 9
PERDITE 9
I 14
L’UOMO CHE SCAMBIO’ LA MOGLIE PER UN CAPPELLO 14
Post scriptum 21
II 25
IL MARINAIO PERDUTO 25
Post scriptum 36
III 39
LA DISINCARNATA 39
Post scriptum 46
IV 47
LUOMO CHE CADDE DAL LETTO 47
Post scriptum 48
V 49
MANI 49
Post scriptum 52
VI 54
FANTASMI 54
VII 57
COME UN FUSO 57
VIII 61
ATTENTI A DESTR! 61
Post scriptum 62
IX 63
IL DISCORSO DEL PRESIDENTE 63
Parte seconda 67
ECCESSI 67
X 72
RAY DEI MILLE TIC 72
XI 79
LA MALATTIA DI CUPIDO 79
Post scriptum 80

Post scriptum....80
XII....83
UNA QUESTIONE DI IDENTITA’....83
XIII....89
SI’, PADRE-SORELLA....89
Post scriptum....90
XIV....92
LA POSSEDUTA....92
Parte terza....96
TRASPORTI....96
XV....99
REMINESCENZA....99
Post scriptum....108
XVI....112
NOSTALGIA INCONTINENTE....112
XVII....114
PASSAGGIO IN INDIA....114
XVIII....116
IL CANE SOTTO LA PELLE....116
Post scriptum....118
XIX....120
OMICIDIO....120
XX....123
LE VISIONI DI HILDEGARD....123
Parte quarta....126
IL MONDO DEI SEMPLICI....126
XXI....131
REBECCA....131
Post scriptum....136
XXII....137
IL MELOMANE ENCICLOPEDICO....137
Post scriptum....140
XXIII....142
I GEMELLI....142
Post scriptum....152
XXIV....156
L’ARTISTICO AUTISTICO....156
Post scriptum....168
Bibliografia....170
John Hughlings Jackson....170
Henry Head....171
Kurt Goldstein....171
A.R. Lurija....171

Parlare delle malattie è un intrattenimento da Mille e una notte.

William Osler.

Il medico, a differenza del naturalista, ha a che fare...con un singolo organismo, il soggetto umano, in lotta per conservare la propria identità in circostanze avverse.

Ivy Mckenzie.

PREFAZIONE

«L'ultima cosa che si decide quando si scrive un libro» osserva Pascal «è che cosa mettere all'inizio». Così, dopo aver scritto, raccolto e ordinato queste strane storie, dopo aver scelto un titolo e due epigrafi, devo ora chiedermi che cosa ho fatto, e perché.

La presenza di due epigrafi, per di più contrastanti, e il contrasto stesso che Ivy Mckenzie stabilisce fra il medico e il naturalista, corrispondono a una certa duplicità che è in me. Mi sento infatti medico e naturalista al tempo stesso; mi interessano in pari misura le malattie e le persone; e forse anche sono insieme, benché in modo insoddisfacente, un teorico e un drammaturgo, sono attratto dall'aspetto romanzesco non meno che da quello scientifico, e li vedo continuamente entrambi nella condizione umana, non ultima in quella che è la condizione umana per eccellenza, la malattia: gli animali si ammalano, ma solo l'uomo cade radicalmente in preda alla malattia.

Il mio lavoro, la mia vita si svolgono tutti coi malati - ma i malati e la loro malattia mi inducono a riflessioni che altrimenti, forse, non avrei fatto. Tant'è che sono costretto a chiedermi con Nietzsche: «Quanto alla malattia: non siamo quasi tentati di chiederci se potremmo farne a meno? », e a considerare le questioni che essa solleva come fondamentali per loro natura. I miei pazienti mi spingono continuamente a pormi delle domande e queste domande continuamente mi spingono verso i pazienti; sicché nelle storie o studi che seguono c'è un continuo movimento dagli uni alle altre e viceversa.

Studi, certo; ma perché storie, o casi? Ippocrate introdusse il concetto storico di malattia, l'idea che le malattie hanno un corso, dai primi accenni al climax o crisi, e quindi alla risoluzione, lieta o fatale. Ippocrate introdusse perciò l'anamnesi, una descrizione, o quadro, della storia naturale della malattia, espressa con precisione dal vecchio termine «patografia». Le anamnesi sono una forma di storia naturale, ma non ci dicono nulla sull'individuo e sulla sua storia;non comunicano nulla della persona e della sua esperienza, di come essa affronta la malattia e lotta per sopravvivere. Non vi è «soggetto» nella scarna storia di un caso clinico; le anamnesi moderne accennano al soggetto con formule sbrigative («albino femmina trisomico di 21 anni) che potrebbero riferirsi a un essere umano come a un ratto. Per riportare il soggetto - il soggetto umano che soffre, si avvilisce, lotta – al centro del quadro, dobbiamo approfondire la storia di un caso sino a farne una vera storia, un racconto: solo allora avremo un «chi» oltre a un «che cosa», avremo una persona reale, un paziente, in relazione alla malattia - in relazione alla sfera fisica.

L'intima natura del paziente è del tutto pertinente all'ambito d'indagine più elevato della neurologia e alla psicologia, poiché esse hanno intimamente a che fare con la personalità del paziente, e lo studio della malattia non può essere disgiunto da quello dell'identità. Queste turbe, e la loro descrizione e il loro studio, richiedono anzi una nuova disciplina che possiamo chiamare «neurologia dell'identità», poiché si occupa dei fondamenti neurofisiologici dell'io, l'antico problema del dualismo fra mente e cervello. É possibile che debba necessariamente esserci un abisso, un’abisso

categoriale, tra la sfera psichica e quella fisica; ma studi e anamnesiche riguardino in modo simultaneo e inseparabile entrambe - e sono soprattutto questi che mi affascinano e che, nel complesso, presento qui - possono ciò nondimeno servire ad avvicinarle, a portarci al punto stesso d'intersezione fra meccanismo e vita, alla relazione tra processi fisiologici e biografia.

La tradizione di storie cliniche attente alla personalità umana tocca il suo culmine nell'Ottocento per poi declinare con l'avvento di una scienza neurologica impersonale. Ha scritto Lurija: «La capacità di descrivere, così comune nei grandi neurologi e psichiatri dell'Ottocento, oggi è quasi scomparsa...É necessario ridarle vita». Le sue ultime opere, come *Viaggio nella mente di un uomo che non dimenticava nulla e Un mondo perduto e ritrovato*, sono tentativi di ridare vita a questa tradizione perduta. Le storie dei casi contenute in questo libro riprendono perciò una vecchia tradizione: la tradizione ottocentesca di cui parla Lurija, la tradizione del primo storico medico, Ippocrate, e la tradizione universale e preistorica che ha sempre visto i pazienti raccontare al medico la loro storia.

Le fiabe classiche hanno figure archetipi che - eroi, vittime, martiri, guerrieri. I pazienti neurologici sono tutte queste figure - e nelle strane storie che qui si raccontano sono anche qualcosa di più. In quale categoria collocheremo, in questi termini mitici o metaforici, il «marinaio perduto», o le altre strane figure di questo libro? Possiamo vederle come viaggiatori diretti verso terre inimmaginabili, terre di cui altrimenti noi avremmo idea, che non potremmo raffigurarci. Ecco perché le loro vite e i loro viaggi hanno per me qualcosa di fiabesco, ecco perché ho scelto come epigrafe l'immagine di Osler delle *Mille e una notte* e perché sento di dover parlare di storie e fiabe non meno che di casi. In questi campi, lo scientifico e il romantico, il romanzesco, chiedono a gran voce d'incontrarsi: Lurija amava parlare di «scienza romantica». Essi s'incontrano al punto d'intersezione tra fatto e fiaba, intersezione che caratterizza (come già nel mio libro *Awakenings*) le vite dei pazienti qui raccontate.

Ma che fatti! Che fiabe! A che cosa paragonarli? Forse non possediamo i modelli, le metafore o i miti necessari. Che sia giunto il tempo di nuovi simboli, di nuovi miti?

Otto capitoli di questo libro sono già stati pubblicati: «Il marinaio perduto», «Mani», «I gemelli» e «L'artista autistico» sulla «New York Review of Books» (1984 e 1985); «Ray dei mille tic», «L'uomo che cambiò sua moglie per un cappello»e «Reminiscenza» sulla «London Review of Books» (1981, 1983, 1984), dove la versione ridotta di quest'ultimo articolo aveva il titolo «Orecchi musicali».

«Come un fuso» comparve in «The Sciences» (1985). Una descrizione fatta molto tempo fa del caso di una mia paziente - l'"originale" della Rose R' di Awakenings e della Deborah di A Kind of Alaska che Harold Pinter scrisse ispirandosi al Mio libro- ritrova in «Nostalgia incontinente» (originalmente pubblicato come *Incontinent Nostalgia induced by L-dopa sul «Lancet»*, primavera 1970). Dei miei quattro «Fantasmi», i primi due furono pubblicati come «curiosità cliniche» sul «British Medical Journal» (1984). Due brevi capitoli sono tratti da libri precedenti: «L'uomo che cadde dal letto» da *A Leg to Stand On* e «Le visioni di

Hildegard» da *Migraine*. I rimanenti dodici capitoli sono inediti e del tutto nuovi, e sono stati scritti durante l'autunno e l'inverno del 1984.

Fra tutti i miei colleghi neurologi, la mia speciale gratitudine va allo scomparso dottor James Purdon Martin, al quale ho mostrato le videocassette di «Rebecca» e del «signor MacGregor» e con il quale ho discusso a fondo di questi pazienti: il mio debito nei suoi confronti è espresso in «La disincarnata» e in «Come un fuso»; al dottor Michael Kremer, già mio «capo» a Londra, che, in risposta a *A Leg to Stand On* (1984), descrisse un suo caso molto simile (entrambi sono ora fusi in «*L'uomo che cadde dal letto*»); al dottor Donald Macrae, il cui straordinario caso di agnosia visiva, assurdamente simile al mio, venne scoperto per pura combinazione solo due anni dopo che ebbi scritto il mio articolo (ne parlo nel *Post scriptum* dell' «*Uomo che scambiò sua moglie per un cappello*»); e soprattutto alla mia carissima amica e collega dottoressa Isabelle Rapin di New York, che discusse con me parecchi casi, che mi presentò a Christina (la «disincarnata»), e che conosceva Josè, l' «artista autistico», da bambino.

Devo menzionare la disinteressata e generosa collaborazione dei pazienti (e, in certi casi, dei loro parenti) di cui racconto le storie: pur sapendo spesso di non poter ricevere un aiuto diretto, mi hanno permesso, addirittura mi hanno incoraggiato, a scrivere di loro e della loro vita nella speranza che altri possano imparare e capire, e un giorno, forse, riuscire a guarire. Come in *Awakenings*, il segreto professionale e personale ha reso necessario l'uso di nomi fittizi e qualche lieve modificazione dei particolari, ma mi sono sforzato di mantenere il «sapore» essenziale della vita di queste persone.

Desidero infine esprimere gratitudine, molto più che gratitudine, al mio mentore e medico, cui dedico questo libro.

New York, 10 febbraio 1985 - O. W. S.

Parte prima

PERDITE

Il termine preferito della neurologia è «deficit», col quale si denota una menomazione o l'inabilità di una funzione neurologica: perdita della parola, perdita del linguaggio, perdita della memoria, perdita della vista, perdita della destrezza, perdita dell'identità e una miriade di altre mancanze e perdite di funzioni (o facoltà) specifiche. Per tutte queste disfunzioni (altro termine molto in voga) abbiamo tutta una serie di parole privative: a-fonia, a-femia, a-fasia, a-lessia, a-prassia, a-gnosia, a-tassia - una parola per ogni funzione nervosa o mentale di cui i pazienti, in seguito a malattia, lesione o difetto di sviluppo, si trovino in parte o del tutto privati.

Lo studio scientifico della relazione fra cervello e mente ebbe inizio nel 1861, quando il francese Broca trovò che specifiche difficoltà nell'uso espressivo della parola (afasia) seguivano invariabilmente un danno a una particolare porzione dell'emisfero cerebrale sinistro. Ciò aprì la strada a una neurologia cerebrale che nel corso dei decenni permise di tracciare una «mappa» del cervello umano, ascrivendo specifiche facoltà - linguistiche, intellettuali, percettive, ecc. - ad altrettanto specifici «centri» del cervello.

Verso la fine del secolo divenne evidente a osservatori più acuti - in primo luogo a Freud, nel suo saggio sull'afasia - che la mappa così tracciata era troppo semplice, che tutte le attività mentali avevano un'intricata struttura interna, e quindi dovevano avere una base fisiologica altrettanto complessa. Freud ne era convinto specialmente a proposito di certi disordini del riconoscimento e della percezione per i quali coniò il termine di «agnosia». Ed era convinto che una comprensione soddisfacente dell'afasia o dell'agnosia richiedeva una scienza nuova e più raffinata.

La nuova scienza auspicata da Freud che studiasse la relazione fra cervello e mente nacque in Russia durante la seconda guerra mondiale, ad opera di A. R. Lurija (e di suo padre R. A. Lurija), Leontev, Anochin, Bernstein e altri, che le diedero il nome di «neuropsicologia». A. R. Lurija dedicò tutta la vita allo sviluppo di questa fecondissima scienza, la quale però, se si pensa alla sua portata rivoluzionaria, fu piuttosto lenta ad arrivare in Occidente. Essa è stata esposta sistematicamente in un libro monumentale, *Le funzioni corticali superiori nell'uomo* e, in modo del tutto differente, in una biografia o «patografia»: *Un mondo perduto e ritrovato*. Questi

libri, benché a modo loro quasi perfetti, lasciavano inesplorato un intero campo d'indagine. *Le funzioni corticali superiori nell'uomo* tratta solo di quelle funzioni che riguardano l'emisfero sinistro del cervello; analogamente, Zasetskij, il protagonista di *Un mondo perduto e ritrovato*, aveva una vastissima lesione all'emisfero sinistro - il destro era intatto. L'intera storia della neurologia e della neuropsicologia può essere vista come la storia delle indagini sull'emisfero sinistro.

Una ragione importante di questa relativa indifferenza per l'emisfero destro o «minore», come è sempre chiamato, è che mentre gli effetti di lesioni variamente localizzate nella parte sinistra sono facilmente dimostrabili, le corrispondenti sindromi dell'emisfero destro appaiono molto meno distinte. Tale emisfero era di solito considerato sprezzantemente più «primitivo» del sinistro, che era visto invece come l'esito ineguagliato dell'evoluzione umana. E in un certo senso è così: l'emisfero sinistro è più complesso e specializzato, è un prodotto molto tardo dello sviluppo del cervello del primate, e in particolare dell'ominide. D'altro lato, è l'emisfero destro che è preposto alla cruciale funzione del riconoscimento della realtà, capacità che ogni creatura umana deve avere per sopravvivere. L'emisfero sinistro, come un calcolatore collegato al cervello umano di base, serve a elaborare programmi e schemi; e la neurologia classica si preoccupava più degli schemi che della realtà, cosicché, quando finalmente emersero alcune sindromi dell'emisfero destro, esse furono considerate bizzarre.

In passato ci furono tentativi - per esempio da parte di Anton, nell'ultimo decennio del secolo scorso, e di Pötzl nel 1928 - di esplorare le sindromi dell'emisfero destro, ma vennero stranamente ignorati. In *Come lavora il cervello*, uno dei suoi ultimi libri, Lurija dedica una breve ma stimolante sezione alle sindromi dell'emisfero destro, e così conclude:

«Queste deficienze finora mai studiate ci conducono a uno dei problemi più fondamentali: al ruolo dell'emisfero destro nella coscienza diretta [...]. Lo studio di questo importantissimo campo è stato fin qui trascurato [...]. Esso sarà oggetto di analisi dettagliata in una speciale serie di saggi [...] di prossima pubblicazione ».

Lurija arrivò effettivamente a scrivere alcuni di questi saggi negli ultimi mesi di vita, quando era ormai gravemente ammalato, ma non ne vide mai la pubblicazione, né essi furono pubblicati in Russia. Lurija li mandò in Inghilterra a R. L. Gregory, il quale li ha inseriti nel suo Oxford *Companion to the Mind,* attualmente in corso di stampa.

É un campo dove le difficoltà interne sono pari a quelle esterne. Per i pazienti affetti da certe sindromi dell'emisfero destro è non solo difficile ma impossibile conoscere i propri disturbi: una peculiare e specifica «anosagnosia» come la definì Babinski. Ed è straordinariamente difficile, anche per un osservatore di grande sensibilità, rappresentarsi lo stato interiore, la «situazione» di tali pazienti, poiché si tratta di uno stato inimmaginabile, remotissimo da qualsiasi cosa si sia mai provata. Le sindromi dell'emisfero sinistro, per contro, sono relativamente facili da immaginare. E nonostante le sindromi dell'emisfero destro siano non meno frequenti di quelle dell'emisfero sinistro - perché non dovrebbero esserlo? – nella letteratura neurologica e neuropsicologica, per ogni descrizione delle prime ne troveremo mille delle seconde. É come se tali sindromi fossero in qualche modo estranee al carattere

della neurologia. Eppure, come dice Lurija, esse hanno un'importanza fondamentale. Tant'è vero che richiederanno forse una neurologia nuova, una scienza «personalistica» o (come amava chiamarla Lurija) «romantica»; poiché in esse ci vengono rivelati i fondamenti fisici della persona, del sé. Lurija pensava che il miglior modo d'introdurre una scienza di questo genere dovesse essere una storia: la storia dettagliata del caso di un uomo con una grave turba a livello di emisfero destro, un caso che sarebbe stato al tempo stesso complementare e opposto a quello dell'uomo dal «mondo perduto». In una delle sue ultime lettere mi scrisse: «Pubblichi queste storie, anche se sono solo degli abbozzi. É un campo pieno di cose meravigliose». Devo confessare che questi disordini hanno per me un fascino particolare, poiché schiudono, o promettono, mondi quasi inimmaginabili, e fanno intravedere una neurologia e una psicologia aperte e più spaziose, che si diversificano in modo stimolante dall'alquanto rigida e meccanica neurologia del passato.

Ad attrarre il mio interesse, dunque, sono stati non tanto i deficit in senso tradizionale, quanto le turbe neurologiche che colpiscono il sè. Queste turbe possono essere di vari tipi, possono derivare da un eccesso non meno che da un indebolimento di una funzione, e pare ragionevole considerare queste due categorie separatamente. Ma va detto fin dall'inizio che una malattia non è mai semplicemente una perdita o un eccesso, che c'è sempre una reazione, da parte dell'organismo o dell'individuo colpito, volta a ristabilire, a sostituire, a compensare e a conservare la propria identità, per strani che possano essere i mezzi usati: e lo studio o l'orientamento di questi mezzi, non meno che lo studio dell'insulto primario al sistema nervoso, è parte fondamentale del nostro compito di medici. É quello che ha sostenuto con vigore Ivy Mckenzie:

«Che cos'è infatti che costituisce un' “entità di malattia” o una “nuova malattia»? Il medico, a differenza del naturalista, ha a che fare non con una vasta gamma di organismi diversi teoricamente adattati in modo medio a un ambiente medio, bensì con un singolo organismo, il soggetto umano, in lotta per conservare la propria identità in circostanze avverse».

Questa dinamica, questa «lotta per conservare l'identità», per strani che possano esserne i mezzi o gli effetti, fu riconosciuta in psichiatria molto tempo fa - e, come molte altre cose, è associata in particolare all'opera di Freud. I deliri della paranoia, ad esempio, non furono da lui considerati come primari, bensì come tentativi (anche se deviati) di ristabilire, di ricostruire un mondo ridotto a un caos completo. Esattamente allo stesso modo, Ivy Mckenzie scrive:

«La fisiopatologia della sindrome di Parkinson è lo studio di un caos organizzato, un caos indotto in prima istanza dalla distruzione di importanti integrazioni e riorganizzato su una base instabile nel processo di riabilitazione».

Come Awakenings era lo studio di un «caos organizzato» prodotto da un'unica benché multiforme malattia, così ciò che segue è una serie di studi simili del caos organizzato prodotto da una grande varietà di malattie.

In questa prima parte, «Perdite», il caso più importante a mio parere, è quello di una speciale forma di agnosia visiva: «L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello». Lo ritengo di importanza fondamentale. Casi simili costituiscono una sfida radicale a uno degli assiomi o assunti più radicati della neurologia classica, in

particolare all'idea che un danno cerebrale, qualsiasi danno cerebrale, riduce o annulla l' «atteggiamento astratto e categoriale» (per usare la terminologia di Kurt Goldstein), riducendo l'individuo all'emozionale e al concreto. (Una tesi molto simile fu formulata da Hughlings Jackson intorno al 1865). Qui, nel caso del dottor P. , vediamo l'esatto contrario: un uomo che ha completamente perduto (anche se solo nella sfera visiva) l'emozionale, il concreto, il personale, il «reale»...ed è stato ridotto, per così dire, all'astratto e al categoriale, con conseguenze particolarmente assurde. Che cosa ne avrebbero detto Hughlings Jackson e Goldstein? Spesso ho immaginato di invitarli a esaminare il dottor P. per poi chieder loro: «Ebbene, signori! Che avete da dire, ora? ».

I

L'UOMO CHE SCAMBIO' LA MOGLIE PER UN CAPPELLO

Il dottor P. era un eminente musicista, che per parecchi anni godette di notorietà come cantante e in seguito come insegnante alla locale Scuola di Musica. Fu qui che per la prima volta, nei suoi rapporti con gli allievi, si manifestarono strani problemi. Talvolta, quando si presentava uno studente, il dottor P. on lo riconosceva, o più precisamente non riconosceva la sua faccia. Appena lo studente parlava, lo riconosceva dalla voce.

Simili incidenti si moltiplicarono causando imbarazzo, perplessità, paura - e a volte situazioni comiche. Perché al dottor P. capitava sempre più spesso non solo di non vedere le facce, ma anche di vederle là dove non c'erano: per strada, come il buon Magoo, gli capitava di dare affettuosi colpetti agli idranti e ai parchimetri scambiandoli per teste di bambini; rivolgeva gentilmente la parola ai pomelli dei mobili e si stupiva di non ricevere risposta. In un primo tempo questi curiosi abbagli passavano per scherzi ed erano accolti con una risata anche da parte dello stesso dottor P. Non aveva forse sempre avuto uno strambo senso dell'umorismo e amato paradossi e burle di gusto zen? Le sue facoltà musicali erano straordinarie come sempre; non accusava malesseri, non si era mai sentito meglio; e i suoi errori erano così assurdamente comici e così fantasiosi, che si sarebbe stentato a crederli autentici o indici di qualcosa di serio. L'idea che ci fosse qualcosa che «non andava» emerse solo circa tre anni dopo, quando insorse il diabete. Ben sapendo che questo poteva danneggiargli la vista, il dottor P. consultò un oftalmologo, il quale fece un'anamnesi scrupolosa e lo esaminò accuratamente. «I suoi occhi sono a posto» concluse poi. «Ma c'è qualcosa che non va nelle parti visive del suo cervello. Io non posso aiutarla, deve consultare un neurologo». Fu così che il dottor P. si rivolse a me.

Pochi secondi di colloquio mi convinsero che non vi era traccia di demenza nel senso comune. Il dottor P. , un uomo di grande cultura e fascino, parlava bene, con scioltezza, fantasia e umorismo. Non riuscivo a capire come mai fosse stato indirizzato alla nostra clinica. Ma a ben osservare, qualcosa di un po' strano c'era. Parlando, era rivolto, orientato, verso di me, eppure c'era qualcosa di curioso, che però non riuscivo a tradurre in parole. Infine mi venne da pensare che si rivolgeva a me non con gli occhi, ma con le orecchie. Gli occhi, invece di guardarmi, di fissarmi, di «captarmi» normalmente, saettavano in modo curioso dal mio naso al mio orecchio destro, scendevano al mento, risalivano all'occhio destro, come se notassero (anzi studiassero) i singoli lineamenti, ma senza vedere la mia faccia nel suo Complesso, le sue mutevoli espressioni, «me» come un tutt'uno.

Non so se me ne resi pienamente conto quella volta - era solo una vaga e persistente stranezza, un difetto nella normale interazione fra sguardo ed espressione. Mi vedeva, mi esplorava, eppure...

«Che c'è che non va? » gli chiesi infine.

«Che io sappia, niente» rispose con un sorriso «ma secondo gli altri avrei qualcosa agli occhi».

«Ma lei non accusa nessun problema di vista? ».

«No, direttamente no, ma a volte faccio un po' di confusione».

Uscii un istante dalla stanza per parlare con la moglie. Quando rientrai il dottor P. era tranquillamente seduto vicino alla finestra, e più che guardare fuori ascoltava attento. «Il traffico, » disse «i rumori della strada, i treni in lontananza...Formano una specie di sinfonia, non le pare? *Conosce Pacific 234* di Honegger? ».

Che persona deliziosa, pensai. Come può esserci qualcosa di serio? Mi permetteva di visitarlo?

«Ma sì, certo».

Nella tranquillizzante routine di un esame neurologico - forza muscolare, coordinamento, riflessi, tono...- calmai la mia inquietudine, e forse anche la sua. Fu mentre esaminavo i suoi riflessi - leggermente anormali sul lato sinistro - che accadde il primo fatto strano. Gli avevo tolto la scarpa sinistra e sfregato la pianta del piede con una chiave - una prova di riflessi all'apparenza banale ma determinante - poi mi voltai ad avvitare l'oftalmoscopio, in attesa che lui si rimettesse la scarpa. Dopo un minuto mi accorsi con sorpresa che non l'aveva ancora fatto.

«Posso aiutare? » chiesi.

«Aiutare chi? A fare che cosa? ».

«Aiutare lei a mettersi la scarpa».

«Oh, » disse «avevo dimenticato la scarpa» e aggiunse sotto voce: «La scarpa? La scarpa? ». Sembrava sconcertato.

«La sua scarpa» ripetei. «Non deve rinfilarsela? ».

Lui guardava sempre in basso, non la scarpa però, con una concentrazione intensa ma male indirizzata. Infine il suo sguardo si posò sul piede: «É questa la mia scarpa, vero? ».

Avevo sentito male? O aveva visto male lui?

«I miei occhi» spiegò, e si mise una mano sul piede. «É questa la mia scarpa, no? ».

«No. Quello è il suo piede. La sua scarpa è lì».

«Ah! Credevo che fosse il mio piede».

Stava scherzando? Era pazzo? Cieco? Se questa era una delle sue «strane confusioni», era certo la più strana in cui mi fossi mai imbattuto.

Lo aiutai a sistemare la scarpa (il piede) per evitare ulteriori complicazioni. Quanto a lui, sembrava tranquillo, indifferente, forse divertito. Ripresi la mia visita. La sua acutezza visiva era buona: non aveva difficoltà a vedere uno spillo sul pavimento, anche se talvolta, quando veniva messo alla sua sinistra, non lo trovava.

Vedeva benissimo, ma che cosa vedeva? Aprii una copia del «National Geographic Magazine» e gli chiesi di descrivere alcune foto.

Le sue risposte furono curiosissime. I suoi occhi si spostavano rapidi da una cosa all'altra, cogliendo tratti minuscoli, isolati, come avevano fatto con la mia faccia. Una forte luminosità, un colore, una sagoma trattenevano la sua attenzione e suscitavano un commento, ma in nessun caso colse la scena nella sua totalità. Non riusciva a vedere l'insieme, vedeva solo dettagli, che individuava come puntini sullo

schermo di un radar. Non entrò mai in relazione con l'immagine come un tutto, non affrontò mai, per così dire, la fisionomia dell'immagine. Non aveva il minimo senso di un paesaggio o di una scena. Gli mostrai la copertina, una distesa ininterrotta di dune del Sahara.

«Che cosa vede? ».

«Vedo un fiume» disse. «E un piccolo albergo con la terrazza sull'acqua. Sulla terrazza c'è gente che mangia. Qua e là vedo ombrelloni colorati». Stava guardando, se questo era «guardare», fuori della copertina, a mezz'aria, e confabulava di elementi inesistenti, come se l'assenza di elementi nella foto lo avesse spinto a immaginare il fiume, la terrazza e gli ombrelloni colorati.

Devo aver avuto un'aria esterrefatta. Il dottor P. invece pareva soddisfatto delle sue risposte e accennava un sorriso. Poi, evidentemente convinto che la visita fosse finita, si guardò intorno alla ricerca del cappello. Allungò la nano e afferrò la testa di sua moglie, cercò di sollevarla, di calzarla in capo.

Aveva scambiato la moglie per un cappello! La donna reagì come se fosse abituata a cose del genere. Non riuscivo a spiegarmi quanto era successo in termini di neurologia (o neuropsicologia) convenzionale. Sotto certi aspetti egli sembrava perfettamente integro, sottoaltri devastato in modo totale e incomprensibile. Come poteva da un lato scambiare sua moglie per un cappello e dall'altro svolgere, come faceva, la sua attività didattica alla Scuola di Musica?

Dovevo riflettere, rivederlo - e rivederlo nel suo ambiente familiare, a casa sua. Di lì a qualche giorno andai a trovarlo. Nella mia cartella avevo lo spartito di *Dichterliebe* (sapevo che gli piaceva Schumann) e tutta una serie di oggetti per i test di percezione. La signora P. mi fece entrare in un appartamento spazioso che ricordava la Berlino di fine secolo. In mezzo alla stanza campeggiava un vecchio splendido Bősendorfer, circondato da strumenti, leggii, spartiti...C'erano anche libri e quadri, ma la musica era il centro di tutto. Il dottor P. entrò e con aria distratta e tendendo la mano avanzò verso la vecchia pendola, poi, sentendo la mia voce, si corresse e venne nella mia direzione.

Ci salutammo e chiacchierammo un po' dei concerti e degli spettacoli del momento. Con una certa diffidenza, gli chiesi se volesse cantare.

«*Dichterliebe*!» esclamò. «Ma non riesco più a leggere la musica. Non mi accompagnerebbe lei? ».

Dissi che ci avrei provato. Su quel meraviglioso pianoforte persino la mia esecuzione pareva buona e il dottor P. fra un Fischer-Diskau non più giovane ma con una dolcezza infinita e a un orecchio perfetto univa una voce guidata da un'acutissima intelligenza musicale. Era chiaro che la Scuola di Musica non lo teneva per pietà.

I lobi temporali del dottor P. erano evidentemente intatti: aveva un'eccellente corteccia musicale. Che cosa succedeva, mi chiesi, nei lobi parietali e occipitali, specialmente in quelle aree dove avvengono i processi visivi? Nella mia attrezzatura per le visite neurologiche porto sempre i solidi platonici, sicché decisi di cominciare con quelli.

«Che cos'è? » chiesi estraendo il primo.

«Un cubo, naturalmente».

«E questo? » domandai sollevandone un altro.

Il dottor P. lo prese e lo esaminò velocemente e in modo sistematico: «Un dodecaedro, naturalmente. E non si disturbi a tirar fuori gli altri: riconoscerò anche l'icosaedro».

Era chiaro che le forme astratte non presentavano problemi. E le facce? Estrassi un mazzo di carte. Le identificò tutte senza alcuna esitazione: fanti, regine, re e jolly. Ma le carte dopotutto sono disegni stilizzati ed era impossibile stabilire se egli vedesse delle facce o semplicemente delle strutture disegnate. Decisi di mostrargli un volume di vignette che avevo nella cartella. Anche questa volta se la cavò piuttosto bene. Il sigaro di Churchill, il naso di Jimmy Durante: non appena aveva colto un tratto chiave era in grado d'identificare il volto. Ma le caricature sono anch'esse formali e schematiche. Restava da vedere come si sarebbe comportato con dei volti veri, rappresentati in modo realistico.

Accesi la televisione, esclusi il sonoro e trovai un vecchio film di Bette Davis. Si stava svolgendo una scena d'amore. Il dottor P. non seppe riconoscere l'attrice, ma questo era spiegabile col fatto che forse la Davis non era mai entrata a far parte del suo mondo. La cosa più sorprendente era invece che egli non riuscisse a identificare le espressioni sul viso dell'attrice e del suo partner, benché nel corso di una sola scena infuocata esse passassero dal desiderio ardente alla passione, alla sorpresa, alla ripugnanza, alla furia, fino a sciogliersi in una tenera riconciliazione. Il dottor P. non capì nulla di tutto questo. Non riusciva ad afferrare il senso della scena, l'identità dei personaggi, addirittura il loro sesso. I suoi commenti sembravano quelli di un marziano.

Ma forse c'era la remota possibilità che parte delle sue difficoltà fosse connessa all'irrealtà del mondo di celluloide hollywoodiano; e mi venne in mente che forse gli sarebbe stato più facile identificare volti che appartenessero alla sua vita. Alle pareti dell'appartamento c'erano fotografie di familiari, colleghi, allievi e sue. Ne feci una pila e, con una certa apprensione, gliele sottoposi. Quello che rispetto al film era stato divertente, o farsesco, riferito alla vita reale fu tragico. Si può dire che non riconobbe nessuno: né i familiari, né i colleghi, né gli allievi, né se stesso. Riconobbe un ritratto di Einstein perché ne individuò i caratteristici capelli e baffi; lo stesso avvenne con un paio di altre persone. «Ah, Paul!» disse quando gli mostrai un ritratto del fratello. «Quella mandibola squadrata, quei grossi denti! Lo riconoscerei dovunque!». Ma era Paul che riconosceva, o erano alcuni tratti che gli permettevano di azzardare un nome con buona probabilità di aver ragione? In assenza di «contrassegni» inconfondibili era assolutamente perso. Ma ciò che non funzionava non erano soltanto le facoltà cognitive, la gnosis; era tutto il suo modo di procedere che assolutamente non andava. Egli si accostava a questi volti, anche quelli delle persone a lui più vicine e care, come a rompicapo o a test astratti. Non stabiliva nessun rapporto con loro, non li «vedeva». Nessun viso gli riusciva familiare, non lo vedeva come un «tu», ma lo identificava come un semplice insieme di tratti, un «esso». Vi era quindi *gnosis* formale, ma nessun accenno a una gnosi personale. E questo si accompagnava all'indifferenza, o alla cecità, verso l'espressione. Un viso, per noi, è una persona che si affaccia; vediamo, per così dire, la persona attraverso la sua *persona* (nel senso latino del termine), il suo viso. Ma per il dottor P. non c'era

persona: nessuna *persona* all'esterno, nessuna persona dentro.

Andando a casa sua, mi ero fermato da un fiorista per comprare una vistosa rosa rossa da mettermi all'occhiello. Ora me la sfilai e gliela porsi. Egli la prese non come uno cui si offra un fiore, ma come un botanico o un morfologo cui venga porto un esemplare.

«Quindici centimetri circa di lunghezza» commentò. «Una forma rossa con voluta con un'appendice lineare verde».

«Sì» dissi incoraggiante. «Che cosa pensa che sia? ».

«Difficile dirlo». Sembrava perplesso. «Non ha la simmetria semplice dei solidi platonici, pur potendo forse avere una simmetria superiore tutta sua...Potrebbe essere un'infiorescenza o un fiore, credo».

«Potrebbe essere? » sondai.

«Sì, potrebbe» confermò.

«L'annusi» suggerii, e di nuovo egli parve un po' sconcertato, come se gli avessi chiesto di annusare una simmetria superiore. Ma accondiscese gentilmente e portò la rosa al naso. Improvvisamente, si animò.

«Che meraviglia!» esclamò. «Una rosa precoce. Che profumo divino!». Si mise a canticchiare: «Die Rose, die Lilie...». A quanto pareva, la realtà poteva essere trasmessa dall'odorato, se non dalla vista.

Provai con un ultimo test. Era una giornata ancora fredda, d'inizio di primavera, e io avevo gettato sul divano il soprabito e i guanti.

«E questo che cos'è? » chiesi sollevando un guanto.

«Posso esaminarlo? » disse. Me lo prese di mano e si mise a studiarlo come aveva fatto con le forme geometriche.

«Una superficie continua, » annunciò infine «avvolta su se stessa. Dotata...» esitò «di cinque estensioni cave, se così si può dire».

«Sì» dissi cautamente. «Lei mi ha fatto una descrizione. Ora mi dica che cos'è».

«Un qualche contenitore? ».

«Sì, » dissi «e che cosa potrebbe contenere? ».

«Potrebbe contenere il suo contenuto!» disse il dottor P. con una risata. «Ci sono varie possibilità. Potrebbe essere un portamonete, per esempio, per monete di cinque valori diversi. Oppure...».

Interruppi quel folle flusso di parole. «Non ha un aspetto familiare? Non crede che potrebbe contenere, fasciare, una parte del suo corpo? ».

Nessun lampo di riconoscimento illuminò il suo viso. [1] Nessun bambino saprebbe vedere e descrivere «una superficie continua, avvolta su se stessa», ma non c'è bambino, anche molto piccolo, che non riconoscerebbe immediatamente un guanto, un oggetto noto, che non saprebbe che serve a coprire la mano. Il dottor P. no. Nulla di quello che vedeva gli era familiare. Visivamente, era smarrito in un mondo di astrazioni inanimate. Anzi, non possedeva un mondo visivo reale, così come non possedeva un sé visivo reale. Poteva parlare delle cose, ma non le vedeva

[1] In seguito se lo infilò per caso: «Dio mio!» esclamò. «E' un guanto!».La cosa ricordava Lanuti, un paziente di Kurt Goldstein, che riusciva a riconoscere gli oggetti solo se cercava di usarli al loro scopo.

direttamente. Hughlings Jackson, a proposito degli afasici e di coloro che hanno subito lesioni all'emisfero sinistro, dice che hanno perso il pensiero «astratto» e «propositivo» e li paragona ai cani (o meglio, paragona i cani agli afasici). Il dottor P. invece funzionava esattamente come una macchina. Non soltanto perché nei confronti del mondo visivo mostrava la stessa indifferenza di un calcolatore, ma perché - cosa ancora più sorprendente - costruiva il mondo come fa un calcolatore, servendosi di caratteristiche chiave e di relazioni schematiche. Era possibile identificare la struttura - facendo una sorta di «identitikit» - senza minimamente coglierne la realtà.

I test fatti fino a quel momento non mi dicevano nulla sul mondo interiore del dottor P. Era possibile che memoria e immaginazione visive fossero ancora intatte? Gli chiesi d'immaginare di entrare in una delle piazze della nostra città dal lato nord, di attraversarla, nella fantasia o nel ricordo, e di elencarmi gli edifici davanti ai quali sarebbe passato. Egli nominò gli edifici alla sua destra, ma non quelli a sinistra. Gli chiesi allora di immaginare di entrare nella piazza da sud. Di nuovo menzionò soltanto gli edifici che si trovavano sul lato destro, sebbene fossero proprio quelli che prima aveva omesso. Gli edifici che aveva «visto» interiormente prima ora non furono menzionati, presumibilmente perché non erano più «visti». Era evidente che le sue difficoltà relative alla sinistra, i deficit del suo campo visivo, erano tanto esterni quanto interni, e tagliavano in due memoria e fantasia visive.

Che cosa succedeva, a un livello superiore, alla sua visualizzazione interna? Pensando all'intensità quasi allucinatoria con cui Tolstoj visualizza e anima i suoi personaggi, interrogai il dottor P. su Anna Karenina. Egli ricordava benissimo i vari episodi, aveva perfettamente presente l'intreccio, ma omise tutte le caratteristiche visive, la narrazione o le scene visive. Ricordava le parole dei personaggi, ma non i loro volti; e nonostante fosse in grado, grazie alla sua straordinaria memoria, di citare, a richiesta, quasi alla lettera le descrizioni visive originali, era evidente che esse erano per lui del tutto vuote e prive di realtà sensoriale, immaginativa o emotiva. C'era quindi anche un'agnosia interiore. [2]

Ma ben presto scoprii che ciò si verificava solo in certi tipi di visualizzazione. Quella dei volti e delle scene, della componente visiva di una narrazione o di un evento, era profondamente danneggiata, quasi assente. Ma la visualizzazione degli schemi era intatta, e forse addirittura potenziata. Quando lo sfidai a una partita a scacchi mentale, non ebbe difficoltà a visualizzare la scacchiera o le mosse - né, per essere onesti, a battermi clamorosamente.

Lurija dice di Zasetskij che aveva perso completamente la capacità di giocare, ma che la sua «vivida immaginazione» era intatta. Zasetskij e il dottor P. vivevano in mondi che erano l'immagine speculare l'uno dell'altro. Ma la differenza più triste fra

---

[2] Mi sono sempre chiesto se anche le descrizioni visive di Helen Keller non fossero, con tutta la loro eloquenza, in qualche modo vuote. O se la Keller, trasferendo le immagini dall'ambito tattile a quello visivo, oppure, cosa ancora più straordinaria, dall'ambito verbale e metaforico a quello sensoriale e visivo avesse in effetti raggiunto la capacità di creare immagini visive, anche se la sua corteccia visiva non era mai stata stimolata direttamente dagli occhi. Ma nel caso del dottor P. il danno riguardava proprio la corteccia, il requisito organico indispensabile alla produzione delle immagini figurative.
Interessante e tipico era il fatto che i suoi sogni non fossero più figurativi e che il «messaggio» del sogno fosse trasmesso in termini non visivi.

di loro era che Zasetskij, come dice Lurija, «lottava per riacquistare le facoltà perdute con l'indomita tenacia di un'anima perduta», mentre il dottor P. non lottava, non sapeva quello che aveva perduto, anzi, non sapeva di aver perduto qualcosa. Ma chi era più tragico, chi era maggiormente anima perduta: l'uomo che sapeva o l'uomo che non sapeva?

Quando la visita fu terminata, la signora P. ci chiamò a tavola, dove c'erano il caffè e una scelta di ottimi pasticcini. Di buon appetito e canticchiando sottovoce, il dottor P. attaccò i dolci con decisione. Con movimenti veloci e sciolti, senza esitare, canterellando, tirava i piatti verso di sé, prendeva questo o quel dolce, in un gran fluire di gorgoglii, in una celebrazione canora del cibo. A un tratto ci fu un'improvvisa interruzione: una serie di veloci e perentori colpi bussati alla porta. Colto alla sprovvista, il dottor P. trasalì, si bloccò, smise di mangiare e si irrigidì sulla sedia, con un'espressione di cieca e smarrita indifferenza. Vedeva la tavola ma non la vedeva più; non la percepiva più come una tavola carica di dolci. Sua moglie gli versò il caffè: l'aroma gli stuzzicò il naso e lo riportò alla realtà. La melodia del mangiare riprese.

Come riesce a fare le cose di tutti i giorni? mi chiesi. Che cosa succede quando si veste, va in bagno, si lava? Seguii sua moglie in cucina e le chiesi come faceva suo marito, per esempio, a vestirsi. «É come per il mangiare» spiegò. «Io gli tiro fuori i soliti vestiti e li metto al solito posto, e lui si veste senza difficoltà, canticchiando. Fa tutto canticchiando. Ma se viene interrotto e perde il filo, si blocca, non riconosce più i vestiti, o il suo stesso corpo. Canta continuamente: canta per mangiare, per vestirsi, per fare il bagno, sempre. Non riesce a fare nulla se non lo trasforma in una melodia».

Mentre parlavamo, la mia attenzione fu attratta dai quadri alle pareti.

«Sì, » disse la signora P. «mio marito aveva talento come pittore, oltre che come cantante. Ogni anno la Scuola esponeva i suoi quadri».

Li passai in rassegna con curiosità. Erano in ordine cronologico. Le prime erano tutte opere naturalistiche e realistiche, con un contenuto emotivo vivido e insieme curato nei particolari e concreto. Col passare degli anni si facevano meno vivide e concrete, meno realistiche e naturalistiche, ma molto più astratte, addirittura geometriche e cubistiche. Infine, negli ultimi quadri, le tele diventavano, almeno per me, astruse: semplici linee caotiche e chiazze irregolari di colore. Commentai la cosa con la signora P.

«Oh voi dottori, siete i soliti filistei!» esclamò. «Ma non vede *l'evoluzione artistica?* Non vede come ha abbandonato il realismo dei primi anni per passare a un'arte astratta, non figurativa? ».

«No, non è questo» mi dissi (ma me ne guardai dal ripeterlo alla povera signora). Il dottor P. era effettivamente passato dal realismo al non figurativismo e alla pittura astratta, ma si trattava di un percorso non artistico bensì patologico - un percorso diretto verso una profonda agnosia visiva, durante il quale erano andati via via distrutti ogni facoltà di raffigurazione e di creazione d'immagini, ogni senso del concreto, della realtà. Quella parete di quadri era un tragico documento patologico, che apparteneva alla neurologia, non all'arte.

E tuttavia, riflettei, non aveva in parte ragione anche la moglie? Perché tra le

forze della patologia e quelle della creazione c'è spesso una lotta, e talvolta, cosa ancora più interessante, una collusione. Forse nel suo periodo cubista c'era stata un'evoluzione artistica e insieme un'evoluzione patologica dalla cui collusione era nata una forma originale: a mano a mano che egli perdeva il senso del concreto forse si arricchiva in quello dell'astratto, sviluppando una maggior sensibilità per tutti gli elementi strutturali, le linee, i perimetri, le sagome: una facoltà quasi picassiana di vedere, e di dipingere, le organizzazioni astratte immerse, e di solito perse, nel concreto...Ma negli ultimi dipinti, purtroppo, vedevo solo caos e agnosia.

Tornammo nella grande sala da musica dove troneggiava il Bösendorfer: il dottor P. canticchiava sull'ultimo pasticcino.

«Allora, dottor Sacks» mi disse. «Mi pare di capire che lei mi trova un caso interessante. Dov'è il guasto, a suo avviso, e che cosa mi consiglia di fare? ».

«Dove sia il guasto non so proprio dirglielo, » replicai «ma le dirò che cosa funziona bene, a mio avviso: lei è un ottimo musicista, e la musica è la sua vita. In un caso come il suo, ciò che prescriverei è una vita interamente dedita alla musica. Finora la musica è stata il centro della sua esistenza; ora la faccia diventare la sua intera vita».

Questo avvenne quattro anni fa. Non l'ho più rivisto, ma mi sono spesso chiesto in che modo egli cogliesse il mondo, data la sua strana perdita d'immagine, di visualizzazione, e la perfetta conservazione di una grande musicalità. Penso che la musica avesse preso per lui il posto dell'immagine. Invece di un'immagine corporea aveva una musica corporea: ecco perché era in grado di muoversi e agire con tanta disinvoltura, ma si bloccava completamente, confuso, se s'interrompeva la «musica interiore». Lo stesso succedeva con l'esterno, col mondo...[3]

In *Il mondo come volontà e rappresentazione* Schopenhauer parla della musica come di «pura volontà». Come lo avrebbe affascinato il dottor P. , un uomo che aveva interamente perduto il mondo come rappresentazione ma che lo conservava interamente come musica o volontà. E per fortuna questo durò sino alla fine, perché nonostante il graduale progredire della malattia (un tumore massivo o un processo degenerativo nelle parti visive del cervello), il dottor P. continuò fino all'ultimo a insegnare e a vivere la musica.

Post scriptum

Che spiegazione dare della singolare incapacità del dottor P. di interpretare, di giudicare, un guanto per quello che è? Era evidente che in questo caso egli non riusciva a formulare un giudizio cognitivo, pur essendo in grado di produrre numerose ipotesi cognitive. Un giudizio è intuitivo, personale, comprensivo e concreto: noi «vediamo» come stanno le cose, in relazione tra di loro e con noi stessi. Era proprio questa capacità di vedere, di stabilire relazioni che mancava al dottor P. (il cui giudizio in ogni altro campo era del resto rapido e normale). Qual era la causa? Una mancanza d'informazione visiva, o un difetto nell'elaborazione

[3] Allo stesso modo, come appresi in seguito dalla moglie, quantunque egli non riuscisse a riconoscere i suoi studenti se erano seduti e fermi, se erano «immagini», li riconosceva immediatamente se si muovevano: «É Karl» esclamava. «Conosco i suoi movimenti, la musica del suo corpo».

dell'informazione? (Questa sarebbe la spiegazione data da una neurologia classica, che procede per schemi). Oppure il difetto era nell'atteggiamento del dottor P. , per cui egli non era in grado di mettere ciò che vedeva in relazione con se stesso?

Queste spiegazioni, o modalità esplicative, non si escludono a vicenda: appunto perché sono modalità diverse, possono coesistere ed essere entrambe vere. E ciò viene ammesso, implicitamente o esplicitamente, dalla neurologia classica: implicitamente da Macrae, quando trova insoddisfacente parlare di schematizzazioni difettose o di difettosa elaborazione e integrazione visiva; esplicitamente da Goldstein, quando parla di «atteggiamento astratto». Ma anche l'atteggiamento astratto, che permette la «categorizzazione», non spiega il dottor P. , e forse nemmeno il concetto di «giudizio» in generale. Perché il dottor P. aveva un atteggiamento astratto, anzi, non aveva altro. Ed era precisamente questa assurda astrazione del suo atteggiamento, assurda perché non rafforzata da nient'altro, che lo rendeva incapace di percepire le identità o i particolari, che lo rendeva incapace di giudizio.

É curioso come la neurologia e la psicologia, pur parlando di un'infinità di altre cose, non parlino quasi mai di «giudizio»; eppure è proprio il venir meno del giudizio (sia in ambiti specifici, come nel caso del dottor P. , sia più in generale, come nel caso di pazienti con sindrome di Korsakov o con sindrome del lobo frontale)[4] che costituisce l'essenza di tanti disordini neuropsicologici. Del giudizio e dell'identità, che possono esserne le vittime, la neuropsicologia non dice mai nulla.

Eppure, vuoi in senso filosofico (kantiano) vuoi in senso empirico ed evolutivo, il giudizio è la nostra facoltà più importante. Un animale, o un uomo, può fare benissimo a meno dell' «atteggiamento astratto», ma perirà rapidamente se privato del giudizio. Il giudizio, senz'altro la *prima* facoltà di una vita o di una mente superiori, è ignorato o male interpretato dalla neurologia classica (computazionale). E se ci chiediamo come possa originarsi questa assurdità, basta guardare gli assunti, o l'evoluzione, della neurologia stessa. Perché è la neurologia classica (come la fisica classica), dalle analogie meccaniche di Hughlings Jackson alle odierne analogie con gli elaboratori, è sempre stata meccanicistica.

Certo, il cervello è una macchina e un elaboratore, e la neurologia classica ha perfettamente ragione. Ma i processi mentali, che costituiscono il nostro essere e la nostra vita, non sono soltanto astratti e meccanici, sono anche personali; e in quanto tali implicano non solo la classificazione e l'ordinamento in categorie, ma anche una continua attività di giudizio e di sentimento. Se ciò va perduto, finiamo, come il dottor P. , per assomigliare a degli elaboratori. Allo stesso modo, se cancelliamo il giudizio e il sentimento, l'elemento personale, dalle scienze cognitiviste, le riduciamo a qualcosa di carente, come il dottor P. , e insieme riduciamo il *nostro* apprendimento del concreto e del reale.

Per una sorta di comica e spaventosa analogia, la neurologia e la psicologia cognitiviste odierne presentano una forte somiglianza proprio col povero dottor P. ! Come lui abbiamo bisogno del concreto e del reale; e come lui non ce ne accorgiamo. Le nostre scienze cognitiviste soffrono anch'esse di una agnosia essenzialmente

[4] Si vedano più avanti i capp. XII e XIII.

simile a quella del dottor P. Il quale può dunque servire da monito e da parabola, mostrandoci che cosa succede a una scienza che rifugga dal giudizio, dal particolare, dal personale e diventi interamente astratta e computazionale.

Fu sempre motivo di grande rammarico per me il fatto di non aver potuto, per circostanze indipendenti dalla mia volontà, continuare a studiare il suo caso, attraverso osservazioni e indagini come quelle descritte sopra, o la diagnosi dell'esatta patologia.

Si teme sempre che un caso sia «unico», specialmente se presenta caratteristiche straordinarie come quelle del dottor P. Fu quindi con grande interesse e piacere, non disgiunti da sollievo, che, sfogliando l'annata del 1956 della rivista «Brain», m'imbattei nella descrizione dettagliata di un caso quasi comicamente simile, simile (anzi, identico) sotto il profilo psicologico e fenomenologico, pur con la totale diversità della patologia sottostante (una grave lesione al capo) e di tutte le circostanze personali. Gli autori parlano del loro caso come «unico nella storia documentata di questo disturbo», ed evidentemente provarono il mio stesso stupore davanti alle loro scoperte. [5] Rimando il lettore interessato all'articolo di Donald Macrae ed Elli Trolle (1956), di cui riporto qui una breve parafrasi con citazioni dall'originale.

Il loro paziente era un uomo di trentadue anni il quale, in seguito a un grave incidente automobilistico che determinò uno stato d'incoscienza durato tre settimane, «lamentava esclusivamente un'incapacità a riconoscere i volti, persino quelli della moglie e dei figli». Non un solo volto gli era «familiare», ma ce n'erano tre che riusciva a identificare: appartenevano a tre colleghi, uno con un tic che gli faceva sbattere gli occhi, uno con un grosso neo sulla guancia e il terzo «così alto e magro che come lui non c'era nessuno». Ognuno di essi, sottolineano Macrae e Trolle, era «riconosciuto unicamente dal singolo tratto saliente menzionato». In genere (come il dottor P.) l'uomo riconosceva i familiari solo dalla voce.

Il paziente aveva difficoltà persino a riconoscere se stesso allo specchio, come riferiscono dettagliatamente Macrae e Trolle: «Nella prima fase della convalescenza egli chiedeva spesso, soprattutto mentre si radeva, se il volto che lo fissava fosse davvero il suo, e pur sapendo che fisicamente non poteva trattarsi di altri, faceva sovente delle smorfie o tirava fuori la lingua "per esser sicuro". A forza di studiare attentamente il proprio volto nello specchio, incominciò pian piano a riconoscerlo, anche se non «in un lampo» come in passato, bensì notandone i capelli, i contorni e due piccoli nei sulla guancia sinistra».

In generale non riusciva a riconoscere gli oggetti «a colpo d'occhio», ma

[5] Solo dopo aver ultimato questo libro ho scoperto che esistono in effetti numerosi studi sull'agnosia visiva in generale e sulla prosopagnosia in particolare. In particolare, ho avuto recentemente il grande piacere di incontrare il dottor Andrew Kertesz, autore egli stesso di alcuni studi molto dettagliati su pazienti affetti da queste agnosie (si veda, per esempio, il suo articolo sull'agnosia visiva in «Cortex», 1979). Il dottor Kertesz mi citò il caso a lui noto di un allevatore che aveva sviluppato una prosopagnosia e di conseguenza non riusciva più a distinguere le (facce delle) sue *mucche!* E di un altro paziente, custode di un museo di storia naturale, che scambiò la propria immagine riflessa per il diorama di una *scimmia*. Come nel caso del dottor P. e in quello del paziente di Macrae e di Trolle, sono soprattutto gli esseri animati che vengono percepiti in modo così assurdamente erroneo. I più importanti studi di questo tipo di agnosie, e in generale dell'elaborazione visiva, sono attualmente svolti da A.R. e H. Damasio (si veda il loro articolo in Mesulam, 1985, per il quale libro cfr. anche sotto, p. 113).

doveva isolarne uno o due tratti e da quelli indovinare, e ogni tanto sbagliava clamorosamente. In particolare, notano gli autori, le sue difficoltà insorgevano con gli esseri *animati*.

Gli oggetti semplici e schematici, invece, ad esempio le forbici, un orologio, una chiave, non presentavano difficoltà. Macrae e Trolle osservano inoltre: «La sua *memoria topografica* era strana: si verificava l'apparente paradosso che egli fosse in grado di trovare la strada da casa sua all'ospedale e di muoversi con sicurezza all'interno dell'ospedale, ma non sapesse dire il nome delle strade *lungo il percorso* [a differenza del dottor P. , egli era anche affetto da parziale afasia], né desse segni di visualizzare la topografia».

Altrettanto evidente era una grave compromissione della memoria visiva delle persone, anche di quelle incontrate molto tempo prima dell'incidente; sussisteva il ricordo dei comportamenti, o magari di certi atteggiamenti peculiari, ma non quello dell'aspetto esteriore o del volto. Analogamente, una serie di domande specifiche rivelò che egli non aveva più immagini visive nemmeno nei *sogni*. Dunque, come per il dottor P. , in questo paziente il danno essenziale non riguardava solo la percezione visiva, ma anche le facoltà fondamentali della rappresentazione visiva, ossia l'immaginazione e la memoria visive, quantomeno in attinenza con gli aspetti personali, familiari, concreti della vita.

Un'ultima osservazione divertente. Se il dottor P. arrivava a scambiare la moglie per un cappello, il paziente di Macrae, anch'egli incapace di riconoscere la moglie, aveva bisogno per identificarla che essa portasse un contrassegno visivo, «un accessorio di abbigliamento vistoso, ad esempio un largo cappello».

II

IL MARINAIO PERDUTO[6]

> *Si deve incominciare a perdere la memoria, anche solo brandelli di ricordi, per capire che in essa consiste la nostra vita. Senza memoria la vita non è vita...La nostra memoria è la nostra coerenza, la nostra ragione, il nostro sentimento, persino il nostro agi re. Senza di essa non siamo nulla... (Non mi resta che aspettare l'amnesia finale, quella che può cancellare una vita intera, come fu per mia madre...).*
>
> LUIS BUÑUEL

Questo passo commovente e spaventoso tratto dalle memorie di Buñuel solleva interrogativi fondamentali: clinici, pratici, esistenziali, filosofici. Che genere di vita (se di vita si può parlare), di mondo, di sé, rimane il una persona che ha perduto la maggior parte della memoria e con essa il suo passato e i suoi ormeggi nel tempo?

Quando lo lessi, mi venne subito in mente un mio paziente in cui tali interrogativi erano esemplificati alla perfezione: il simpatico, intelligente, smemorato Jimmie G. , ammesso nella nostra casa di cura per anziani vicino a New York all'inizio del 1975; l'enigmatica nota di trasferimento con cui si presentò diceva: «Incapace, demente, confuso e disorientato».

Jimmie era un bell'uomo con una bella testa di ricci grigi, un quarantanovenne sano e prestante. Era allegro, gentile e cordiale.

«Salve, dottore!» disse. «Bella giornata! Mi siedo qui? ». Era un tipo socievole, dispostissimo a parlare e a rispondere a tutte le mie domande. Mi disse il suo nome, la sua data di nascita e il nome della cittadina del Connecticut dove era nato, che descrisse con cura affettuosa, disegnandone persino la piantina. Parlò delle case dove aveva abitato la sua famiglia (ricordava ancora i numeri di telefono), parlò dei suoi anni di scuola, degli amici di allora e della sua passione per la matematica e le scienze. Raccontò con entusiasmo del periodo trascorso in marina, dove era stato chiamato a diciassette anni, nel 1943, appena finite le superiori. La sua naturale predisposizione per le scienze lo destinava alla radiotecnica e all'elettronica, sicché,

---

[6] Dopo aver scritto e pubblicato questa storia inziai, insieme col dottor Elkhonon Goldberg, allievo di Lurija e curatore dell'edizione originale (russa) di Neuropsicologia della memoria, un accurato e sistematico studio neuropsicologico di questo paziente. Una parte delle conclusioni preliminari è stata già presentata dal dottor Goldberg in occasione di alcuni congressi; ci auguriamo di poter pubblicare quanto prima un resoconto completo.
Recentemente (nel settembre del 1986) la televisione inglese ha trasmesso un film straordinario e assai commovente su un paziente affetto da agnosia profonda: Prisoner of Consciousness, del dottor Jonathan Miller. Esiste poi un altro film, di Hilary Lawson, su un paziente prosopagnosico, per molti versi simile al dottor P.. Questi film aiutano enormemente l'immaginazione: “Ciò che può essere mostrato non può essere detto”.

dopo un corso accelerato nel Texas, si ritrovò assistente radiotelegrafista a bordo di un sottomarino.

Ricordava i nomi dei vari sottomarini sui quali aveva prestato servizio, le loro missioni, le loro basi operative, i nomi dei compagni di bordo. Ricordava l'alfabeto Morse ed era ancora un ottimo radiotelegrafista, anche a tastiera cieca. Una giovinezza piena e interessante, che aveva lasciato un ricordo vivido, preciso e affettuoso. Ma per qualche ragione le sue reminiscenze si arrestavano lì. Jimmie ricordava, anzi, quasi riviveva, i giorni del suo servizio militare, la guerra e la sua fine, i suoi progetti per il futuro. Si era affezionato alla marina e pensava quasi di rimanervi. Ma vista la legge sui sussidi per i reduci, pensava che forse avrebbe fatto meglio a iscriversi all'università. Suo fratello maggiore frequentava una scuola di ragioneria ed era fidanzato con una ragazza dell'Oregon, una «vera bellezza».

Quando rievocava e riviveva il passato, Jimmie si animava; sembrava piuttosto parlare del presente, e fui molto colpito dall'uso dei tempi nel suo racconto: se per gli anni di scuola aveva usato il passato, per quelli trascorsi in marina usava il presente, e non (così mi parve) il presente storico, il fittizio presente del ricordo, ma il vero presente dell'esperienza immediata.

Fui colto da un improvviso, improbabile sospetto. «In che anno siamo, signor G. ? » chiesi, nascondendo la mia perplessità dietro un tono indifferente.

«Come sarebbe? Nel 45». E continuò: «Abbiamo vinto la guerra, Roosevelt è morto, ora c'è Truman. Si preparano tempi splendidi».

«E lei, Jimmie, quanti anni ha? ».

Ebbe un momento di strana incertezza ed esitò a rispondere, come se fosse impegnato in un calcolo. «Be', ecco, diciannove. Farò i venti il prossimo compleanno». Guardando l'uomo dai capelli grigi che mi stava davanti, ebbi un impulso che non mi sono mai perdonato; fu il colmo della crudeltà, o lo sarebbe stato se Jimmie fosse stato in grado di ricordarsene.

«Ecco» dissi, e gli misi davanti uno specchio. «Guardi qui e mi dica che cosa vede. Ha diciannove anni l'uomo che la guarda da dentro lo specchio? ».

Jimmie sbiancò di colpo e si afferrò alla sedia. «Cristo» sussurrò. «Cristo, che vuol dire questo? Che cosa mi succede? É un incubo? Sono pazzo? É uno scherzo? ». Era sconvolto, terrorizzato.

«Va tutto bene Jimmie» cercai di tranquillizzarlo. «É solo un errore. Non c'è motivo di preoccuparsi. Ecco!». Lo condussi alla finestra. «Che splendida giornata di primavera, eh? Vede quei ragazzi che giocano a baseball? ». Lui riprese colore e sorrise e io uscii di soppiatto dalla stanza portando via l'odioso specchio.

Due minuti dopo rientrai. Jimmie era ancora alla finestra e osservava divertito i ragazzi che giocavano a baseball. Quando aprii la porta si voltò con una espressione allegra sul volto.

«Salve, dottore!» disse. «Bella giornata! Lei voleva parlarmi. Mi siedo qui? ». Sul suo viso aperto e franco non c'era traccia di riconoscimento.

«Non ci siamo già conosciuti, signor G. ? » chiesi con fare indifferente.

«No, non mi sembra. Con una barba come la sua, dottore, non potrei dimenticarla!»

«Perché mi chiama “dottore”? ».

«Be', lei è un dottore, no? ».

«Sì, ma se non mi conosce, come fa a sapere che cosa sono? ».

«Lei parla come un dottore. Lo vedo che è un dottore».

«Ebbene sì, ha ragione. Sono il neurologo di qui».

«Neurologo? Ehi, ho i nervi che non funzionano? E che posto è "qui"? Insomma, dove sono? ».

«Stavo proprio per chiederglielo: dove pensa di essere? ».

«Vedo letti e pazienti dappertutto, sembrerebbe una specie di ospedale. Ma che diavolo ci farei io in un ospedale, poi con tutti questi vecchi, gente molto più vecchia di me. Io mi sento bene, sono forte come un toro. Forse qui ci lavoro...É così? Che lavoro faccio? ...No, lei scuote la testa, lo leggo nei suoi occhi che non lavoro qui. Se è così, allora mi ci hanno messo. Sono un paziente, sono ammalato e non lo so, dottore? É pazzesco, spaventoso...É uno scherzo? ».

«Lei non sa di che si tratta? Davvero non lo sa? Si ricorda di avermi parlato della sua infanzia, della sua giovinezza nel Connecticut, di aver lavorato come radiotelegrafista sui sottomarini? E di avermi detto che suo fratello è fidanzato con una ragazza dell'Oregon? ».

«Ehi, è vero. Ma questo non gliel'ho detto io, non l'ho mai vista in vita mia. Deve aver letto tutto sulla mia cartella clinica».

«E va bene» dissi. «Le racconterò una storia. Un uomo andò dal suo dottore perché lamentava dei vuoti di memoria. Il dottore gli fece alcune domande di routine poi disse: "Allora, mi dica di questi vuoti». "Quali vuoti? ", rispose il paziente».

«Dunque è questo il mio problema» rise Jimmie. «Già, lo sospettavo. Ogni tanto mi accorgo di dimenticare delle cose, cose appena successe. Il passato, però, è chiaro».

«Mi permette di visitarla, di sottoporla a qualche test? ».

«Certo» disse affabilmente. «Tutto quello che vuole». Nei test d'intelligenza mostrò attitudini eccellenti. Aveva prontezza di spirito, capacità di osservazione e di logica e risolveva senza difficoltà problemi complessi e rompicapo, purché, fossero risolvibili rapidamente. Se richiedevano molto tempo, dimenticava quello che stava facendo. Era abile e svelto al filetto e alla dama, e per giunta furbo e aggressivo; mi batté facilmente. Ma agli scacchi perse il filo: le mosse erano troppo lente.

Dirigendo la mia indagine sulla sua memoria, riscontrai un'estrema e singolare perdita della memoria recente: qualunque cosa gli venisse detta, mostrata o fatta, veniva di norma dimenticata entro pochi secondi. Ad esempio, posai sul tavolo il mio orologio, la mia cravatta e i miei occhiali, li coprii e gli chiesi di tenerli a mente. Scambiammo qualche parola per un minuto, poi gli chiesi che cosa avessi nascosto. Non ricordava nessuno degli oggetti, anzi, non ricordava nemmeno che gli avessi chiesto di tenerli a mente. Ripetei il test, questa volta facendogli scrivere i nomi dei tre oggetti; anche questa volta li dimenticò, e quando gli mostrai il foglio con la sua scrittura ne fu stupefatto, e disse che non ricordava assolutamente di aver scritto qualcosa, pur riconoscendo che quella era la sua scrittura; dopo un po' avvertì come un' «eco» del fatto di avere annotato i nomi.

Talvolta serbava deboli ricordi, una sorta di vaga eco o sensazione di familiarità. Ad esempio, cinque minuti dopo la nostra partita a filetto ricordava che

«un dottore» aveva giocato con lui «un po' di tempo fa», ma non aveva la minima idea di quanto fosse lontano quel tempo fa», se di minuti o di mesi. Poi fece una pausa e infine disse: «Magari era lei!». Quando confermai che ero io, sembrò divertito. Questo leggero divertimento e indifferenza erano molto caratteristici, così come lo erano le complicate cogitazioni cui era indotto dal suo disorientamento temporale. Quando gli chiesi in che stagione fossimo, si guardò subito intorno alla ricerca di qualche indizio (io avevo badato a togliere dalla mia scrivania il calendario) e cercò di dedurlo approssimativamente guardando fuori dalla finestra.

Il suo problema era, evidentemente, non un'incapacità di registrare cose e fatti nella memoria, ma un'estrema labilità delle tracce mnestiche, suscettibili di essere cancellate nel giro di un minuto, spesso meno, specie se intervenivano stimoli distraenti o competitivi; al tempo stesso però le sue facoltà intellettuali e percettive erano intatte, e decisamente di alto livello. Le conoscenze scientifiche di Jimmie erano quelle di un bravo studente che ha appena finito la scuola superiore, con spiccate doti per la matematica e le scienze. Eccelleva nei calcoli aritmetici (e anche algebrici), ma solo se erano risolvibili in pochi secondi. Se richiedevano vari passaggi, e quindi troppo tempo, egli dimenticava a che punto era e persino che cosa gli era stato chiesto. Conosceva gli elementi: li mise a confronto ed elencò la tavola periodica, omettendo però quelli transuranici.

«É completa? » chiesi quando ebbe finito. «Completa e aggiornata, per quanto ne so».

«Non conosce altri elementi dopo l'uranio? ».

«Sta scherzando? Ci sono novantuno elementi, e l'uranio è l'ultimo». Feci una pausa e sfogliai un numero del «National Geographic» che stava sulla scrivania. «Mi nomini i pianeti» dissi «e me ne parli un po'». Senza esitazione, mi elencò con sicurezza i pianeti precisando data di scoperta, distanza dal sole, massa calcolata, caratteristiche e gravità. «Che cos'è questo? » chiesi mostrandogli una foto sulla rivista che avevo in mano. «La luna» rispose. «No» dissi. «É una foto della terra presa dalla luna».

«Lei vuol scherzare, dottore! Avrebbero dovuto portare una macchina fotografica fin lassù! «Appunto».

«Questa, poi! Ma scherza? Come diavolo si farebbe? ». A meno che non fosse un attore eccellente, un impostore che simulava uno stupore non provato, questa era una convincentissima dimostrazione che egli viveva ancora nel passato. Le sue parole, le sue emozioni, la sua innocente meraviglia, il suo sforzo per trovare un senso in quanto vedeva, erano appunto quelli di un ragazzo intelligente degli Anni Quaranta messo di fronte al futuro, al non ancora accaduto e al quasi inimmaginabile. «É questo fatto, più di ogni altro, » scrissi nei miei appunti «che mi persuade della genuinità del suo blocco al 1945...Ciò che gli ho detto e mostrato ha prodotto l'autentico stupore che avrebbe suscitato in un ragazzo intelligente dell'èra pre-Sputnik». Trovai un'altra foto sulla rivista e gliela mostrai. «É una portaerei» disse. «Una linea veramente ultramoderna. Non ne ho mai vista una simile».

«Come si chiama? » chiesi. Guardò sotto la foto e parve perplesso, poi disse: «La *Nimitz*!».

«Qualcosa non va? ».

«Eh sì, diavolo!» rispose con foga. «Le conosco tutte per nome, ma non conosco nessuna Nimitz...Sì, c'è un ammiraglio Nimitz, ma non ho mai sentito dire che il suo nome era stato dato a una portaerei!»

Buttò giù con rabbia la rivista.

Cominciava a dar segni di stanchezza, di irritazione e di nervosismo sotto la continua pressione delle anomalie e delle contraddizioni, con tutto ciò che esse comportavano di pauroso e che egli non poteva fare a meno di capire. Io, senza riflettere lo avevo già gettato nel panico, sicché capii che era tempo di porre fine alla nostra seduta. Ci accostammo di nuovo alla finestra: il «diamante» del baseball era pieno di sole; a poco a poco Jimmie si rasserenò: dimenticò la *Nimitz*, la foto dal satellite e tutti gli altri orribili sospetti e si concentrò sulla partita. Quando dalla sala da pranzo salì un profumo appetitoso, schioccò le labbra, disse sorridendo: «Si mangia!» e si congedò.

Anch'io mi sentivo molto turbato: era straziante, assurdo, sconvolgente, pensare alla sua vita smarrita in un limbo, una vita che andava dissolvendosi.

«Egli è, per così dire, » scrissi nei miei appunti «isolato in un singolo momento dell'esistenza, con tutt'intorno un fossato, o lacuna di smemoratezza...É un uomo senza passato (e senza futuro), bloccato in un attimo sempre diverso e privo di senso». E più prosaicamente aggiunsi: «Per il resto, l'esame neurologico ha dato risultati del tutto normali. Impressione: probabile sindrome di Korsakov, dovuta a degenerazione da alcolismo dei corpi mammillari». Nei miei appunti sui fatti e sulle osservazioni, scrupolosamente registrati, non potevo fare a meno di aggiungere, in uno strano miscuglio, riflessioni su ciò che tali problemi potevano «significare», su chi, che cosa e dove fosse quel poveretto - se mai si poteva parlare di «esistenza», data una così assoluta privazione di memoria o di continuità.

In questi e in successivi appunti continuava riflettere, in modo non scientifico, sull' «anima perduta», e su come si potessero stabilire una continuità, delle radici, poiché costui era un uomo senza radici, o radicato solo in un passato lontano.

«L'importante è collegare» - ma come poteva collegare Jimmie, e come potevamo noi aiutarlo in questo? Che cos'era la vita senza collegamenti? «Oso affermare» scriveva Hume «che altro non siamo se non un fascio o un accumulo di sensazioni diverse, che si susseguono con inimmaginabile rapidità, e sono in perpetuo flusso e movimento». In un certo senso Jimmie era stato ridotto a un essere di questo genere, e io non potevo fare a meno di pensare a come sarebbe stato affascinato Hume nel vedere incarnata in lui la sua «chimera» filosofica, la grottesca riduzione di un uomo a puro flusso incoerente di mutamenti non collegati.

Forse potevo trovare consiglio e soccorso nella letteratura medica, una letteratura che per qualche ragione era in larga misura russa: dalle originali tesi di Korsakov (Mosca, 1887) su casi simili di perdita di memoria, tuttora chiamati «sindrome di Korsakov», a *Neuropsicologia della memoria* di Lurija (la cui traduzione in inglese uscì solo un anno dopo il mio primo incontro con Jimmie). Nel 1887 Korsakov scriveva:

«Il disturbo interessa quasi esclusivamente la memoria di avvenimenti recenti; le impressioni recenti paiono svanire più in fretta, mentre quelle del passato più lontano sono ricordate con esattezza, cosicché l'intelligenza del paziente, il suo

acume e la sua intraprendenza rimangono in larga misura intatti».

Alle brillanti ma scarne osservazioni di Korsakov si è aggiunto un secolo di ricerche. Le più ricche e approfondite sono senz'altro quelle di Lurija; e nei suoi lavori la scienza diventa poesia, si evoca il pathos di uno smarrimento radicale. «In questi pazienti si osservano sempre gravi disturbi nell'organizzazione delle impressioni degli avvenimenti e della loro successione temporale» scrive Lurija. «Di conseguenza, essi perdono la loro esperienza integrale del tempo e cominciano a vivere in un mondo di impressioni isolate». Inoltre, come egli osserva, lo sradicamento (e il disordine) delle impressioni può avere effetto retroattivo «nei casi più gravi, e coinvolgere persino avvenimenti relativamente distanti».

La maggior parte dei pazienti di Lurija descritti nel suo libro aveva un tumore cerebrale grave e massivo che provocava gli stessi effetti della sindrome di Korsakov, ma che in seguito si diffondeva con esiti spesso fatali. Lurija non include nessun caso di sindrome di Korsakov «semplice», basata sulla distruzione autolimitante descritta da Korsakov: distruzione di neuroni prodotta dall'alcol nei minuscoli ma cruciali corpi mammillari, mentre il resto del cervello rimane intatto. Nei casi di Lurija, quindi, non vi è stato uno studio longitudinale a lungo termine.

In un primo momento, l'evidente blocco al 1945 aveva suscitato in me forte perplessità, dubbi e addirittura sospetti: era un punto, una data, e per giunta simbolicamente così pregnante. In una nota successiva scrissi:

«C'è un grande vuoto. Non sappiamo che cosa accadde allora, o in seguito...Dobbiamo colmare questi anni "mancanti», rivolgendoci al fratello, alla marina, agli ospedali dove è stato...É possibile che a quell'epoca abbia subito un violento trauma cerebrale o emotivo in combattimento, in guerra, e che questo da allora lo abbia segnato? ...Che la guerra sia stata per lui il "punto culminante", l'ultima volta che fu realmente vivo, e l'esistenza, da allora, una lunga parabola discendente? ». [7]

Lo sottoponemmo a vari test (EEG, scintigrafie cerebrali) che non rivelarono alcun danno cerebrale massivo; non erano però test che potessero rivelare un'atrofia dei minuscoli corpi mammillari. I rapporti che ricevemmo dalla marina ci dissero che Jimmie aveva prestato servizio fino al 1965 e che a quell'epoca era in pieno possesso delle sue facoltà.

Poi scovammo una secca relazione del Bellevue Hospital, datata 1971, che lo descriveva come «totalmente disorientato...con un'avanzata sindrome cerebrale organica da alcolismo» (a quel tempo si era anche manifestata una cirrosi). Dal Bellevue Jimmie era stato mandato in uno squallido posto al Greenwich Village, una cosiddetta «casa di cura» da cui, nel 1975, la nostra clinica lo trasse fuori affamato e

[7] Nel suo affascinante libro *The Good War* (1985), Studs Terkel trascrive innumerevoli storie raccolte dalla viva voce di donne e uomini, soprattutto combattenti, che sentirono la seconda guerra mondiale come un periodo molto intenso, di gran lunga il più reale e significativo della loro vita, e trovarono scialbo al suo confronto tutto ciò che seguì. Questi uomini spesso insistono sui loro ricordi di guerra, rivivono le battaglie, il cameratismo, le certezze morali, l'intensità di vita. Ma questo insistere sul passato e la relativa indifferenza nei confronti del presente, questo ottundimento emotivo della sensibilità e della memoria attuali, non assomiglia in nulla all'amnesia organica di Jimmie. Ho avuto recentemente occasione di discutere la questione con Terkel: «Ho incontrato migliaia di uomini» mi ha detto «che hanno l'impressione di "segnare il passo" dal #'de; ma non ho mai incontrato nessuno per il quale il tempo si sia fermato, come è successo al suo amnesico Jimmie».

pieno di pidocchi.

Riuscimmo a trovare il fratello, quello che Jimmie descriveva sempre come studente di ragioneria e fidanzato con una ragazza dell'Oregon. Nel frattempo l'aveva sposata, era diventato padre e nonno, e da trent'anni lavorava come ragioniere.

Invece della messe di informazioni e della partecipazione che ci aspettavamo da lui, ricevemmo una lettera cortese ma sbrigativa. Era evidente, soprattutto a leggere fra le righe, che dal 1943 i due fratelli si erano incontrati solo di sfuggita ed erano andati ognuno per la sua strada, in parte perché le loro carriere erano diverse e li tenevano lontani, in parte per le profonde differenze di carattere (anche se non tali da cancellare un legame affettivo). Jimmie, a quanto pareva, non si era mai «sistemato», prendeva la vita «alla leggera», «era sempre stato un bevitore». Secondo il fratello, la marina gli offriva una struttura, una vita, e i veri problemi incominciarono col suo congedo, nel 1965. Senza la sua struttura abituale, senza la sua àncora, Jimmie aveva smesso di lavorare, era «crollato» e aveva incominciato a bere sul serio. Verso la metà e soprattutto la fine degli Anni Sessanta c'era stata una certa diminuzione della memoria, simile a quella della sindrome di Korsakov, ma non così grave da impedire a Jimmie di «cavarsela»con la disinvoltura che gli era propria. Ma nel 1970 il problema del bere si fece più acuto.

Quell'anno, verso Natale, Jimmie era «scoppiato», era caduto in uno stato delirante di eccitazione e confusione, e fu allora che lo ricoverarono al Bellevue. Di lì a un mese l'eccitazione e il delirio erano scomparsi, lasciandosi dietro però profondi e strani vuoti di memoria, o «deficit», per usare il gergo medico. Il fratello era venuto a trovarlo (non si vedevano da vent'anni) e con suo orrore, non solo Jimmie non lo riconobbe, ma gli disse: «La smetta di scherzare! Per l'età che ha potrebbe essere mio padre. Mio fratello è un ragazzo e sta ancora studiando ragioneria».

Quando ricevetti queste informazioni la mia perplessità aumentò: perché Jimmie non ricordava gli ultimi anni passati in marina, perché non rievocava e non organizzava i suoi ricordi fino al 1970? A quel tempo non avevo sentito dire che tali pazienti potessero avere un'amnesia retrograda (si veda il *Post scriptum*). «Mi chiedo sempre più spesso» scrissi allora «se non ci sia un elemento di amnesia isterica o di fuga, se egli non rifugga da qualcosa che sarebbe troppo spaventoso ricordare» e proposi di farlo visitare dalla nostra psichiatra. Costei fece una relazione minuziosa e dettagliata: nell'esame era stato incluso un test al sodio amital, che doveva «liberare» eventuali ricordi rimossi. Nella speranza di strappare a Jimmie questi ricordi rimossi dall'isteria, fu tentata anche l'ipnosi. É un sistema che di solito funziona nei casi di amnesia isterica, ma con Jimmie fallì perché egli non era ipnotizzabile, e non a causa di una sua «resistenza», ma per la sua estrema amnesia che gli faceva perdere il filo di quello che gli diceva l'ipnotizzatrice. (Il dottor M' Homonoff, che lavorava al reparto amnesici del Boston Veterans Administration Hospital, mi riferisce di esperienze simili e della sua impressione che ciò sia assolutamente tipico nei pazienti con sindrome di Korsakov, diversamente da quelli che presentano amnesia isterica).

«Non ho l'impressione né la prova» scrisse la psichiatra «che si tratti di deficit isterico o “simulato”. A Jimmie mancano sia i mezzi sia il motivo per fingere. I suoi deficit di memoria sono organici, permanenti e irrimediabili; è certo sconcertante che essi risalgano a tanto tempo addietro». Poiché il paziente risultava «indifferente...non

manifesta particolare ansietà...non crea problemi di sorveglianza», essa riteneva di non poter essere d'aiuto, né vedeva la possibilità di alcun «aggancio» terapeutico.

A questo punto, convinto che si trattasse in realtà di «semplice» sindrome di Korsakov non complicata da altri fattori, emozionali o organici, scrissi a Lurija per avere un parere. Nella sua risposta Lurija menzionò il suo paziente Bel, [8]la cui amnesia aveva cancellato retroattivamente dieci anni. Disse di non vedere alcun motivo per cui tale amnesia retrograda non potesse andare indietro di decenni, o addirittura di tutta una vita. «Non mi resta che aspettare l'amnesia finale, » scrive Buñuel «quella che può cancellare una vita intera». Ma l'amnesia di Jimmie, per qualche motivo, aveva cancellato a ritroso la memoria e il tempo fino al 1945 circa e lì si era fermata. Ogni tanto egli ricordava cose avvenute molto più tardi, ma erano ricordi frammentari e sparsi nel tempo. Una volta, vedendo in un titolo di giornale la parola «satellite», accennò a una sua partecipazione a un progetto di rilevamento satelliti quando era a bordo della *Chesapeake Bay:* un frammento di ricordo che risaliva all'inizio o alla metà degli Anni Sessanta. Ma il suo punto d'arresto era situabile, a tutti gli effetti, alla metà (o verso la fine) degli Anni Quaranta, e qualsiasi cosa avvenuta successivamente era ricordata in modo frammentario e sconnesso. Così era nel 1975 e così è ancora adesso, nove anni dopo.

Che cosa si poteva, che cosa si doveva fare? «In un caso come questo non ci sono indicazioni» scrisse Lurija. «Faccia tutto quello che le suggeriscono la sua intelligenza e il suo cuore. La speranza che egli recuperi la memoria è poca o nulla. Ma un uomo non consiste solo di memoria. Ha sentimenti, volontà, sensibilità, coscienza morale, tutte cose su cui la neuropsicologia non può dire nulla. Ed è in queste cose, che travalicano i confini di una psicologia impersonale, che lei può trovare il modo di arrivare al suo paziente e di cambiarlo. E le circostanze in cui lei svolge il suo lavoro glielo consentono meglio che ad altri, poiché lei lavora in una casa di cura, che è come un piccolo mondo, ben diverso dalle cliniche e dagli istituti dove lavoro io. Dal punto di vista neuropsicologico, lei può fare poco o niente; ma nell'ambito dell'Individuale forse può molto».

Lurija menzionò il suo paziente Kur che manifestava una rara lucidità sul proprio stato e, pur sapendo di non avere speranza, pareva stranamente sereno. «Non ho memoria del presente» diceva Kur. «Non so che cosa ho appena fatto né da dove sono appena venuto...Ricordo benissimo il mio passato, ma non ho memoria del presente». Quando gli veniva chiesto se avesse mai visto prima la persona che lo stava esaminando, diceva: «Non posso dire né sì né no, non posso né affermare né negare di averla vista». A volte succedeva la stessa cosa con Jimmie. E come Kur, che rimase parecchi mesi nello stesso ospedale, anche Jimmie incominciò a formarsi «un senso di familiarità»; a poco a poco imparò a muoversi all'interno della casa di cura, imparò dove si trovavano la sala da pranzo, la sua stanza, gli ascensori, le scale, e in un certo senso cominciò a riconoscere alcuni membri del personale, anche se li confondeva (e forse doveva farlo) con gente del suo passato. Presto si affezionò alla capo infermiera: ne riconosceva immediatamente la voce, il passo, ma diceva sempre che era stata una sua compagna di scuola alle superiori e si stupiva moltissimo

[8] Si veda A.R. Lurija, Neuro- *psicologia della memoria* (1981).

quando io mi rivolgevo a lei chiamandola «sorella».

«Accidenti!» esclamava. «Ne succedono di tutte. Non avrei mai immaginato che ti saresti fatta suora!»

Da quando si trova nella nostra casa di cura, cioè dall'inizio del 1975, Jimmie non è mai stato in grado di identificare qualcuno in modo stabile. L'unica persona che riconosca veramente è suo fratello, ogni volta che questi viene dall'Oregon a trovarlo. Sono incontri molto intensi e commoventi, gli unici che procurino a Jimmie una vera emozione. Egli ama suo fratello, lo riconosce, ma non riesce a capire come mai sembri così vecchio: «Mah, forse c'è chi invecchia presto» dice. A dire il vero il fratello dimostra molto meno della sua età e ha quel tipo di viso e di corporatura che cambia poco con gli anni. I loro sono veri incontri, l'unica occasione in cui Jimmie colleghi passato e presente, eppure non riescono assolutamente a fornire alcun senso storico, di continuità. Se mai, mettono in evidenza, almeno per suo fratello e per gli altri che li vedono insieme, come Jimmie continui a vivere fossilizzato nel passato.

Tutti noi, all'inizio, speravamo moltissimo di aiutare Jimmie. Era difficile credere che non ci fosse modo di fare qualcosa per un uomo così piacevole, simpatico, pronto e intelligente. Ma nessuno di noi aveva mai incontrato, mai immaginato, un'amnesia di tale entità, la possibilità di un abisso nel quale precipiti insondabilmente ogni cosa, ogni esperienza, ogni avvenimento, un buco senza fondo della memoria che inghiotta il mondo intero.

La prima volta che vidi Jimmie, gli proposi di tenere un diario e chiesi che lo si incoraggiasse ad annotare ogni giorno le sue esperienze, i suoi sentimenti, pensieri, ricordi, riflessioni. In un primo tempo questi tentativi vennero frustrati dal fatto che egli smarriva in continuazione il taccuino: fu necessario fissarglielo addosso in qualche modo. Ma anche questo non servì a nulla: egli teneva diligentemente un breve resoconto giornaliero ma non riusciva a riconoscere quello che aveva annotato in precedenza. Riconosceva la sua scrittura e il suo stile, ma era sempre stupefatto di trovare che aveva scritto qualcosa il giorno prima.

Stupefatto, e indifferente, perché in realtà non aveva un «giorno prima». Le sue annotazioni rimanevano senza collegamenti e senza la possibilità di stabilirne e non avevano il potere di dare il senso del tempo e della continuità. Inoltre erano banali («uova a colazione», «vista la partita alla Tv») e non arrivavano mai al profondo. Ma c'era davvero un profondo in questo smemorato, un profondo fatto di sentimenti e di pensieri duraturi, oppure egli era stato ridotto a una sorta di vaniloquio humeano, una mera successione di impressioni e avvenimenti senza relazione fra di loro?

Jimmie era e insieme non era consapevole di questa profonda, tragica perdita in se stesso, di se stesso. (Se un uomo ha perso una gamba o un occhio, sa di averli persi; ma se ha perso un sé, se stesso, non può saperlo, perché egli non c'è più per saperlo). Perciò non potevo interrogarlo intellettualmente su queste cose.

All'inizio si era mostrato sconcertato di trovarsi in mezzo a dei pazienti, dato che, come diceva, lui non stava male. Ma quali erano le sue sensazioni, i suoi sentimenti? Era robusto e in piena forma, aveva una forza e un'energia quasi animalesche, ma anche una strana inerzia, passività e (come tutti notavano) «indifferenza»; dava a tutti noi l'opprimente sensazione che «mancasse qualcosa»,

ma anche questo fatto, se lui se ne accorgeva, veniva accettato con una strana «indifferenza». Un giorno lo interrogai non sulla sua memoria o sul passato, ma sui più semplici ed elementari sentimenti:

«Come si sente? ».

«Come mi sento? » ripeté grattandosi la testa. «Non posso dire di sentirmi male. Ma nemmeno bene. Non posso dire di sentire qualcosa».

«É infelice? » continuai. «Non posso dire di esserlo».

«Trova piacere nella vita? ».

«Non posso dire di trovarne...».

Esitai, temendo di spingermi troppo oltre, di far precipitare un uomo in una nascosta, inammissibile, insopportabile disperazione.

«Non trova piacere nella vita» ripetei con una certa esitazione. «Che effetto le fa allora la vita? ».

«Non posso dire che mi faccia un qualche effetto».

«Ma si sente vivo? ».

«Sentirmi vivo? Non proprio. É da molto tempo che non mi sento vivo».

Sul suo viso c'era un'espressione di infinita tristezza e rassegnazione.

In seguito, avendo notato la sua abilità nei giochi e nei rompicapo veloci, il piacere che provava nel risolverli e il potere che essi avevano di «trattenerlo», almeno finché duravano, e di dargli, per un poco, un senso di cameratismo e di competitività (non si era mai lamentato di solitudine, ma aveva un'aria così sola; non aveva mai manifestato tristezza, ma sembrava così triste), proposi di farlo partecipare ai programmi ricreativi della nostra casa di cura. L'idea funzionò meglio, meglio del diario. Per un poco Jimmie si lasciava coinvolgere con entusiasmo nei giochi o nelle partite, ma ben presto lo stimolo scompariva: risolveva tutti i rompicapo con facilità, e nei giochi superava tutti per abilità e prontezza. Quando lo scoprì tornò a essere irritabile e inquieto, a vagare per i corridoi, scontento, annoiato, e un po' indignato: i giochi e i rompicapo erano cose da bambini, un passatempo. Era chiaro che desiderava ardentemente qualcosa da fare: voleva fare, essere, sentire, e non poteva; voleva un senso, uno scopo; voleva, per dirla con Freud, «Lavoro e Amore».

Era in grado di svolgere un lavoro «normale»? Suo fratello aveva detto che quando aveva smesso di lavorare, nel 1965, era «crollato». C'erano due cose in cui era abilissimo: trasmettere in Morse e dattilografare senza guardare la tastiera. Il codice Morse non era utilizzabile, a meno d'inventare un pretesto; ma se riusciva a riacquistare l'abilità di un tempo, un buon dattilografo poteva servirci: sarebbe stato un vero lavoro, non un semplice gioco. Jimmie ritrovò presto l'antica destrezza e arrivò a battere a macchina con grande velocità (non poteva farlo adagio)e in questo trovò parte dello stimolo e della gratificazione di un lavoro. Ma era pur sempre un meccanico battere su una tastiera, una cosa banale che non raggiungeva il suo intimo. E quello che scriveva, lo scriveva meccanicamente: non riusciva a ritenere i concetti, le brevi frasi si susseguivano in un ordine privo di significato.

Veniva istintivo parlare di lui come di una vittima spirituale, di un' «anima perduta»: era possibile che fosse stato realmente «de-animato» da una malattia? «Pensate che ce l'abbia, un'anima? » chiesi una volta alle infermiere. La domanda le indignò, ma ne capirono la ragione. «Osservi Jimmie nella cappella» dissero «e

giudichi lei stesso».

Lo feci, e fui commosso, profondamente commosso e colpito, perché vidi un'attenzione, una concentrazione così intense e salde come mai avevo visto prima in lui e delle quali non lo ritenevo capace. Lo osservai inginocchiarsi e ricevere l'ostia consacrata, e non potei dubitare della pienezza e della totalità della Comunione, della perfetta sintonia del suo spirito con lo spirito della messa. Con piena, intensa e tranquilla disposizione d'animo, con la calma di una concentrazione e di un'attenzione assolute, egli si accostò e partecipò alla Santa Comunione.

Era totalmente trattenuto, assorbito da un sentimento. In quel momento non c'era smemoratezza, non c'era sindrome di Korsakov, né la loro esistenza pareva possibile o immaginabile; perché egli non era più alla mercé di un meccanismo difettoso e fallibile, quello di sequenze e tracce mnestiche prive di senso, ma era assorbito in un atto, un atto del suo intero essere, che conteneva sentimento e significato in una continuità e unità organiche così perfette da non ammettere interruzione di sorta. Era evidente che nell'assolutezza dell'attenzione e dell'atto spirituali Jimmie trovava se stesso, trovava continuità e realtà. Le infermiere avevano ragione: lì egli trovava la sua anima. E aveva ragione anche Lurija, le cui parole ora mi tornavano in mente: «Un uomo non consiste di sola memoria. Ha sentimento, volontà, sensibilità, coscienza morale...É in queste cose...che lei può toccarlo e vedere un profondo cambiamento». La memoria, l'attività mentale, la sola mente non erano in grado di trattenerlo; ma l'attenzione e l'azione morale ci riuscivano in pieno.

Ma forse «morale» era una parola troppo angusta, perché qui erano interessati anche l'elemento estetico e quello drammatico. Vedere Jimmie nella cappella mi aprì gli occhi su altri campi in cui l'anima viene chiamata, trattenuta e placata nell'attenzione e nella comunione. La stessa profondità di assorbimento e attenzione Jimmie la mostrava in relazione alla musica e all'arte: notai che non aveva difficoltà nel «seguire» la musica o semplici lavori teatrali, perché nella musica e nell'arte ogni momento si riferisce ad altri momenti e li contiene. Gli piaceva fare del giardinaggio e si era assunto parte del lavoro nel nostro giardino. Dapprima l'aveva visto come un posto ogni giorno nuovo, ma per qualche motivo gli era diventato più familiare dell'interno della clinica. Ormai non vi si perdeva né si confondeva quasi più; credo che lo collegasse mentalmente coi giardini che aveva amato da giovane nel Connecticut.

Jimmie, così perduto nel tempo «spaziale» estensionale, era perfettamente organizzato in quello «intenzionale» bergsoniano; ciò che era fugace, non trattenibile, come struttura formale, era perfettamente stabile, perfettamente trattenuto come arte o volontà. Inoltre c'era qualcosa che perdurava e sopravviveva. Se Jimmie era per breve tempo «preso» da qualcosa, un compito, un rompicapo, un gioco, un calcolo, trattenuto entro il loro stimolo puramente mentale, non appena li aveva risolti si perdeva, precipitava nell'abisso del suo nulla, nella sua amnesia. Ma se era trattenuto in un'attenzione spirituale ed emotiva - quando contemplava la natura o l'arte, quando ascoltava la musica o partecipava alla messa nella cappella - l'attenzione, il suo «stato d'animo», la sua calma duravano per un certo tempo e allora c'erano in lui una pensosità e una pace che riscontravamo raramente o mai negli altri momenti della sua vita nella casa di cura.

Ormai conosco Jimmie da nove anni, e dal punto di vista neuropsicologico egli non è minimamente cambiato. Presenta ancora la gravissima, devastante sindrome di Korsakov, non è in grado di ricordare un particolare isolato per più di pochi secondi, e ha una profonda amnesia che parte dal 1945. Ma dal punto di vista umano, spirituale, egli è a volte un uomo completamente diverso: non più incapace di stare fermo, irrequieto, annoiato e perduto, bensì profondamente attento alla bellezza e all'anima del mondo, ricco di tutte le categorie kierkegaardiane, l'estetica, la morale, la religiosa, la drammatica. La prima volta che lo incontrai, mi chiesi se egli non fosse condannato a essere una specie di schiuma humeana, fluttuante senza scopo sulla superficie della vita, e se esistesse davvero un modo di superare la perdita di coesione dovuta alla sua malattia humeana. La scienza empirica mi diceva di no, ma la scienza empirica, l'empirismo, non tiene conto dell'anima, di ciò che costituisce e determina l'individuo. Forse siamo qui di fronte a una lezione filosofica non meno che clinica, e cioè che nella sindrome di Korsakov, o nella demenza o in altre catastrofi del genere, per quanto grandi siano il danno organico e la dissoluzione humeana, rimane intatta la possibilità di una reintegrazione attraverso l'arte, la comunione, il contatto con lo spirito umano; e questo può sopravvivere anche in presenza di uno stato di devastazione neurologica che in un primo tempo appare senza speranza.

Post scriptum

Ora so che l'amnesia retrograda è fino a un certo punto molto comune, se non universale, nei casi di sindrome di Korsakov. La sindrome di Korsakov classica - una devastazione profonda e permanente, ma «pura», della memoria, causata dalla distruzione dei corpi mammillari dovuta ad alcolismo - è rara, persinotra i fortissimi bevitori. Essa è naturalmente riscontrabile in concomitanza di altre patologie, come nei pazienti di Lurija affetti da tumori. Un caso particolarmente affascinante di sindrome di Korsakov acuta (e per fortuna transitoria) è stato ben descritto recentemente nella cosiddetta amnesia globale transitoria (o TGA: *transitory global amnesia*) che può verificarsi a seguito di emicranie, traumi cranici o diminuito apporto di sangue al cervello. In questi casi può verificarsi per pochi minuti o per ore una grave e strana amnesia, anche se il paziente continua a guidare la macchina, o magari a svolgere meccanicamente le sue mansioni mediche o editoriali. Ma sotto questa scioltezza c'è una profonda amnesia: ogni frase viene dimenticata non appena pronunciata, ogni cosa cancellata pochi istanti dopo essere stata vista, anche se i ricordi fissati nella memoria da molto tempo e i gesti abituali possono essere perfettamente conservati. (Recentemente, nel 1986, il dottor John Hodges di Oxford ha fatto alcuni interessantissimi videonastri di pazienti *durante* attacchi di TGA).

In questi casi può inoltre presentarsi una profonda amnesia retrograda. Il mio collega dottor Leon Protass mi ha descritto un caso simile da lui recentemente osservato: il paziente, un uomo di grande intelligenza, fu incapace per alcune ore di ricordare la moglie e i figli, di ricordare che aveva moglie e figli. In sostanza egli perse trent'anni della sua vita, fortunatamente solo per poche ore. La ripresa da questi attacchi è rapida e completa, eppure, in un certo senso, essi sono gli «ictus minori»

più spaventosi, per il loro potere di annullare, cancellare completamente decenni di vita ricca di avvenimenti, di conquiste, di ricordi. L'orrore, naturalmente, è solo degli altri: il paziente, inconsapevole e amnesico per la sua stessa amnesia, può continuare in quello che sta facendo, con la massima indifferenza, e scoprire solo in seguito di aver perso senza accorgersene non un solo giorno (come comunemente avviene nei «blackout» da ubriachezza), ma metà della sua vita. Il fatto di poter perdere buona parte della propria vita è pieno di un orrore particolare e misterioso.

In età adulta, la vita, la vita superiore, può essere troncata prematuramente da un ictus, da senilità, da una lesione cerebrale, eccetera, ma di solito rimane la coscienza della vita vissuta, del proprio passato. Ciò viene di solito sentito come una specie di compensazione: «Almeno ho vissuto pienamente, ho gustato a fondo la vita prima di subire una lesione al cervello, un ictus, eccetera». Questa sensazione di una «vita vissuta» precedente, che può essere una consolazione o un tormento, è precisamente ciò di cui si viene privati dall'amnesia retrograda. L' «amnesia finale, quella che può cancellare una vita intera» di cui parla Buñuel può verificarsi, forse, nella demenza terminale, ma non, stando alla mia esperienza, all'improvviso, come conseguenza di un ictus. Ma vi è un tipo di amnesia, diversa eppure paragonabile, che può verificarsi all'improvviso; diversa in quanto non è «globale» ma «specifica».

Ad esempio, in un mio paziente un'improvvisa trombosi nella circolazione cerebrale posteriore causò la morte immediata delle parti visive del cervello. Il paziente diventò subito completamente cieco, ma non se ne rese conto. Sembrava cieco, ma non se ne lamentava. Le domande e i test rivelarono al di là di ogni dubbio non solo che egli aveva una cecità centrale o «corticale», ma che aveva perso ogni immagine e ricordo visivi, che li aveva persi totalmente; eppure non avvertiva alcuna perdita. In realtà, egli aveva perso l'idea stessa di vista, e non solo era incapace di descrivere qualcosa visivamente, ma rimaneva sconcertato quando usavo parole come «vista» e «luce». Era diventato, in sostanza, un essere non-visivo. Era stato derubato di tutta la sua vita vedente, della visualità. Tutta la sua vita vedente era stata in realtà cancellata, e cancellata permanentemente, nell'istante dell'ictus. Tale amnesia visiva, tale (per così dire) cecità alla cecità, amnesia dell'amnesia, è in effetti una sindrome di Korsakov «totale», limitata alla visualità.

Un'amnesia ancora più limitata, ma non meno totale, può manifestarsi in relazione a una particolare forma di percezione, come nel caso descritto nel capitolo precedente, «L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello». Lì c'era una «prosopagnosia», o agnosia per i volti, assoluta. Il paziente era incapace non solo di riconoscere, ma anche di immaginare o ricordare qualsiasi volto: aveva anzi perso l'idea stessa di «volto», così come il mio paziente più duramente colpito aveva perso l'idea stessa di «vista» o di «luce». Tali sindromi furono descritte intorno al 1890 da Anton. Ma le implicazioni delle sindromi di Korsakov e di Anton, ciò che esse comportano e devono comportare per il mondo, per la vita, per l'identità dei pazienti che ne sono affetti, sono state a tutt'oggi scarsamente considerate.

Nel caso di Jimmie ci eravamo talvolta chiesti come avrebbe reagito se fosse stato ricondotto nella sua città d'origine, in un certo senso ai giorni che precedettero la sua amnesia, ma la cittadina del Connecticut aveva conosciuto negli ultimi anni

una grossa espansione. In seguito scoprii che cosa sarebbe probabilmente successo, anche se l'occasione mi fu offerta da un altro paziente affetto da sindrome di Korsakov, Stephen R. , che si era gravemente ammalato nel 1980 e la cui amnesia retrograda interessava solo gli ultimi due anni circa. Nel caso di questo paziente, le cui gravi crisi convulsive, spasticità e altri problemi rendevano necessaria la degenza, le rare visite a casa per il fine settimana rivelarono una situazione commovente. In ospedale egli non riconosceva niente e nessuno ed era in uno stato di quasi continua agitazione e disorientamento. Ma quando la moglie lo portava a casa, alla sua casa che era praticamente una «scatola del tempo» contenente l'epoca precedente alla sua amnesia, egli si sentiva all'istante nel suo mondo. Riconosceva ogni cosa, dava un colpetto al barometro, controllava il termostato, sedeva nella sua poltrona preferita come era solito fare. Parlava dei vicini, dei negozi, del pub locale, di un cinema del quartiere, così come erano stati a metà degli Anni Settanta. I minimi cambiamenti apportati alla casa lo angosciavano e lo sconcertavano. («Hai cambiato le tende, oggi!» protestò una volta con la moglie. «Come mai? Così, all'improvviso! Stamattina erano verdi!». In realtà non erano più verdi dal 1978). Riconosceva la maggior parte delle case e dei negozi della zona, che non erano molto cambiati fra il 1978 e il 1983; ma fu sconcertato dalla «sostituzione» del cinema («Come hanno fatto a demolirlo e a costruire un supermercato in una sola notte? »). Riconosceva amici e vicini, ma li trovava stranamente più vecchi di quanto si aspettasse («Il vecchio Tal dei tali! Mostra proprio tutta la sua età. Non l'ho mai notato prima. Come mai tutti mostrano la loro età, oggi? »). Ma il momento di vera angoscia e orrore era quando la moglie lo riportava in clinica, quando lo riportava, per quella che a lui pareva una stravaganza incomprensibile, in una strana casa che egli non aveva mai visto, piena di sconosciuti, e poi se ne andava. «Ma che fai? » gridava terrorizzato e confuso. «Che razza di posto è questo? Che diavolo sta succedendo? ». La vista di queste scene era quasi insostenibile; al paziente tutto doveva sembrare follia, incubo. Forse per fortuna, avrebbe dimenticato ogni cosa entro un paio di minuti.

Questi pazienti fossilizzati nel passato riescono a sentirsi a proprio agio, a orientarsi, solo nel passato. Per loro, il tempo ha subito un arresto. Sento Stephen R. urlare terrorizzato e sconvolto quando fa ritorno, urlare per riavere un passato che non esiste più. Ma che cosa possiamo fare? Creare una scatola del tempo, una finzione? Non ho mai conosciuto un paziente che si trovasse ad affrontare in modo così tormentoso una situazione di anacronismo, se non forse Rose R' da me descritta in Awakenings (si veda il capitolo XVI, «Nostalgia incontinente»). Jimmie ha raggiunto una sorta di calma; William (capitolo XII) continua le sue confabulazioni; ma in Stephen la ferita del tempo è sempre aperta, e il suo tormento non cesserà mai.

III

LA DISINCARNATA

> *Gli aspetti di cose per noi importantissime sono nascosti a causa della loro semplicità e familiarità. (si è incapaci di notare qualcosa perché la si ha sempre davanti agli occhi). i veri fondamenti di un'indagine non colpiscono affatto l'uomo che la compie.*
>
> WITTGENSTEIN

Ciò che Wittgenstein scrive qui a proposito dell'epistemologia lo si potrebbe estendere ad aspetti della propria fisiologia e psicologia, specialmente in riferimento a ciò che Sherrington una volta chiamò «il nostro senso segreto, il nostro sesto senso»: quel flusso sensorio continuo ma inconscio proveniente dalle parti mobili del nostro corpo (muscoli, tendini, articolazioni), che ne controlla e ne adatta di continuo la posizione, il tono e il movimento, in un modo però che a noi rimane nascosto perché automatico e inconscio.

Gli altri sensi, i cinque sensi, sono noti e manifesti; ma questo, il nostro senso nascosto, fu necessario scoprirlo, come in effetti avvenne da parte di Sherrington alla fine del secolo scorso. Egli lo chiamò «propriocezione» per distinguerlo da «esterocezione» e «interocezione», e inoltre perché è indispensabile per il nostro senso di *noi stessi*; poiché è solo grazie alla propriocezione, per così dire, che noi avvertiamo il nostro corpo come nostro, come nostra «proprietà», come veramente nostro (Sherrington, 1906, 1940).

Che cos'è più importante per noi, a un livello elementare, del controllo, del possesso e del funzionamento del nostro essere fisico? Eppure è un fatto così automatico, così familiare, che non lo degniamo mai di un pensiero.

Jonathan Miller ha curato una bellissima serie di programmi televisivi, The Body in Question, «il corpo in discussione», ma il corpo, di solito, non è mai in discussione: il nostro corpo è fuori discussione, o forse non è degno di essere discusso: è semplicemente, incontestabilmente, dato. Questa incontestabilità del corpo, la sua certezza, è per Wittgenstein il punto di partenza e la base di ogni conoscenza e certezza. Egli apre infatti il suo ultimo libro (Della certezza) dicendo: «Se sai che qui c'è una mano, allora ti concediamo tutto il resto». Ma poco più sotto continua: «Però si può benissimo chiedere se di questo sia possibile dubitare sensatamente...»; e un po' più avanti: «Posso dubitarne? Per *dubitare* mi mancano le ragioni».

In realtà, il suo libro potrebbe intitolarsi *Del dubbio*, poiché è contrassegnato dal dubbio non meno che dall'affermazione. In particolare egli si chiede - e noi possiamo chiederci a nostra volta se queste riflessioni non siano per caso state indotte dal suo lavoro con i pazienti di un ospedale, durante la guerra - se esistano situazioni

o condizioni che tolgono la certezza del proprio corpo, che danno motivi di dubitare di esso, forse addirittura di perdere interamente il proprio corpo in un dubbio totale. Questo pensiero sembra dominare il suo ultimo libro come un incubo.

Christina era una giovane donna di ventisette anni, una ragazzona che praticava l'hockey e l'equitazione, sicura di sé, fisicamente e mentalmente robusta. Aveva due figli e lavorava a casa come programmatrice di calcolatore. Era intelligente e colta, amava i balletti classici e i poeti «laghisti» inglesi (ma non Wittgenstein, direi). Conduceva una vita attiva e piena, e non era quasi mai stata ammalata. Fu dunque con una certa sorpresa da parte sua che, dopo un attacco di dolori addominali, le furono trovati dei calcoli biliari e si ritenne opportuno procedere a una colecistectomia.

Venne ricoverata in ospedale tre giorni prima della data dell'intervento e le furono somministrati antibiotici per profilassi antimicrobica. Si trattava di prassi ordinaria, precauzionale, poiché non si prevedevano complicazioni. Christina lo sapeva e, da persona ragionevole, non ne fu allarmata.

Il giorno precedente l'intervento, Christina, che di solito non era incline a fantasie, fu turbata da un sogno di particolare intensità: nel sogno oscillava violentemente sulle gambe, quasi non sentiva il terreno sotto di sé, non aveva quasi sensibilità nelle mani, le vedeva vagare nell'aria e se sollevava un oggetto questo le sfuggiva subito dalle dita.

Il sogno l'angosciò. («Non ne avevo mai fatto uno così» disse. «Non riesco a togliermelo dalla testa»). La sua angoscia era tale che richiedemmo il parere dello psichiatra. «Ansia preoperatoria» disse quello. «Normalissimo, ne vediamo tutti i giorni».

Ma più tardi, durante la giornata *il sogno divenne realtà*. Christina si sentiva insicura sulle gambe, si muoveva con scatti goffi, agitando le braccia nell'aria, e lasciava cadere di mano gli oggetti. Venne di nuovo convocato lo psichiatra, che sembrò seccato della chiamata ma anche, per un istante, incerto e perplesso. «Isteria d'angoscia» buttò lì questa volta in tono sbrigativo. «Tipici sintomi di conversione: se ne vedono di continuo».

Ma il giorno dell'intervento Christina stava ancora peggio. Non era in grado di stare in posizione eretta se non guardandosi i piedi. Non riusciva a tenere niente in mano, e le mani, se non le osservava, «annaspavano qua e là». Se cercava di afferrare qualcosa o di portarsi il cibo alla bocca, esse mancavano l'oggetto o l'oltrepassavano con uno scatto, come se fosse venuto meno un qualche controllo o coordinamento essenziali.

Quasi non riusciva nemmeno a stare seduta: il corpo «le cedeva». Il suo viso era stranamente inespressivo e rilasciato, la mascella ricadeva inerte, persino la postura vocale era scomparsa.

«É successo qualcosa di spaventoso» articolò con voce piatta, spettrale. «Non mi sento più il corpo. Mi sento strana, disincarnata».

Erano parole sbalorditive, sconvolte, sconvolgenti. «Disincarnata»: era pazza? Ma che dire allora del suo stato fisico? Il collasso del tono e di tutta quanta la postura muscolare, l'annaspare delle mani, di cui pareva non accorgersi; quel frustare l'aria,

quei gesti disordinati che mancavano il segno, come se non arrivassero informazioni dalla periferia, come se i circuiti di controllo del tono e del movimento si fossero catastroficamente spezzati.

«É un'affermazione strana» dissi ai medici interni. «É quasi impossibile immaginare che cosa potrebbe provocarla».

«Ma si tratta d'isteria, dottor Sacks. Non ha detto così lo psichiatra? ».

«Sì, certo. Ma avete mai visto un'isteria come questa? Pensate in modo fenomenologico: prendete ciò che vedete come un fenomeno autentico, nel quale lo stato fisico e lo stato mentale della paziente non siano una finzione ma un insieme psicofisico. C'è qualcosa che potrebbe dare un simile quadro di annullamento del corpo e della mente? «Non è una domanda da esame» aggiunsi. «Sono perplesso quanto voi. Non ho mai visto né immaginato nulla del genere prima d'ora...».

Ci riflettemmo su tutti quanti per un pezzo.

«Non potrebbe essere una sindrome biparietale? » chiese uno. «É "come se"» risposi. «*Come se* i lobi parietali non ricevessero le solite informazioni sensoriali. Proviamo a fare qualche test sensoriale, e anche qualche test funzionale del lobo parietale».

Così facemmo e incominciò a profilarsi un quadro della situazione. Sembrava esserci un deficit propriocettivo molto profondo, quasi totale, che andava dalla punta dei piedi alla testa: i lobi parietali funzionavano, ma non avevano niente con cui lavorare. Poteva darsi che Christina avesse una crisi isterica, ma aveva anche qualcosa di molto più vasto, e di un genere che nessuno di noi aveva mai visto né immaginato prima. A questo punto richiedemmo una visita d'emergenza, non dello psichiatra ma dello specialista in medicina fisica, il fisiatra.

Questi arrivò immediatamente, comprendendo l'urgenza della chiamata. Quando vide Christina spalancò gli occhi, fece un rapido esame generale, poi procedette a test elettrici della funzionalità nervosa e muscolare. «É proprio straordinario» disse. «Non ho mai visto né letto niente di simile prima d'ora. Ha ragione lei: la paziente ha perso ogni propriocezione, dalla testa ai piedi. Non ha alcun senso dei muscoli, dei tendini, delle articolazioni. C'è una lieve perdita di altre modalità sensoriali - al tatto superficiale, alla temperatura e al dolore - e anche un lieve coinvolgimento delle fibre motorie. Ma il danno interessa in prevalenza il senso della posizione, la propriocezione».

«Qual è la causa? » chiedemmo.

«I neurologi siete voi. Sta a voi scoprirla».

A mezzogiorno Christina era ancora peggiorata. Giaceva immobile e senza tono: persino il respiro era corto. Oltre che strana, la sua situazione era grave, tanto che pensammo a un respiratore.

Un prelievo liquorale rivelò una polineurite acuta, ma di un tipo assolutamente eccezionale: non assomigliava alla sindrome di Guillain-Barré, con la sua gravissima implicazione motoria, bensì a una neurite esclusivamente (o quasi) sensoriale, che interessava le radici sensoriali dei nervi spinali e cranici in tutta la neurasse. [9] (1)

[9] Queste polineuriti sensoriali sono note, benché rare. Ciò che era singolarissimo nel caso di Christina, per quanto ne sapevamo a quel tempo (il 1977), era la straordinaria selettività mostrata, il fatto che il danno fosse quasi esclusivamente a carico delle sole fibre propriocettive.

L'operazione fu rinviata: sarebbe stata una follia in quel momento. Molto più urgenti erano le domande: «Sopravviverà? Che cosa possiamo fare? ».

«Qual è il verdetto? » chiese Christina con voce debole e un ancor più debole sorriso, dopo che fu analizzato il suo liquido spinale.

«Lei ha un'infiammazione, una neurite...» incominciammo, e le dicemmo tutto quello che sapevamo. Quando dimenticavamo qualcosa, o esitavamo, le sue domande precise ci riportavano al nocciolo della questione.

«Ci sarà un miglioramento? » chiese. Ci scambiammo uno sguardo, poi, rivolti a lei: «Non abbiamo idea».

Il senso del corpo, le dissi, è dato da tre cose: la visione, gli organi dell'equilibrio (il sistema vestibolare) e la propriocezione: lei aveva perso quest'ultima. Normalmente le tre cose lavoravano insieme. Se una veniva meno, le altre potevano, fino a un certo grado, compensare o sostituire. In particolare le parlai di un mio paziente, il signor MacGregor, che, non essendo in grado di usare gli organi dell'equilibrio, usava al loro posto gli occhi (si veda più avanti il capitolo VII). E di pazienti colpiti da neurosifilide, tabe dorsale, che presentavano sintomi simili ma limitati alle gambe, e di come anch'essi dovessero compensare con la vista (si veda «Fantasmi posizionali» al capitolo vi). E di come questi pazienti, alla richiesta di muovere le gambe, rispondevano spesso con un «Certo, dottore, appena le trovo».

Christina ascoltava attenta, con una sorta di intensità disperata.

«Allora» disse lentamente «devo usare la vista, usare gli occhi in ogni situazione dove prima usavo la...come l'avete chiamata? la propriocezione. Ho già notato» aggiunse pensosa «che mi accade di "perdere" le braccia. Le credo in un posto e le trovo in un altro. Questa "propriocezione" *è come se fosse gli occhi del corpo*, il modo in cui il corpo vede se stesso. E se scompare, come è successo a me, è come se il corpo fosse cieco. Il mio corpo non può "vedere" se stesso se ha perso i suoi occhi, giusto? Così tocca a me guardarlo, essere i suoi occhi. Giusto? ».

«Giusto» dissi. «Lei potrebbe fare la fisiologa».

«Dovrò farlo per forza, » replicò «visto che la mia fisiologia si è guastata e magari non si riaggiusterà mai più naturalmente...». Fu un bene che Christina mostrasse tanta forza d'animo fin dall'inizio, perché, anche se l'infiammazione acuta retrocedette e il liquido spinale tornò normale, il danno alle fibre propriocettive rimase; non ci fu quindi ripresa neurologica né una settimana né un anno dopo. A dire il vero non c'è stata nessuna ripresa negli otto anni ormai trascorsi, sebbene Christina riesca ormai a condurre una sua vita, una specie di vita, ricorrendo a ripieghi e adattamenti di ogni genere, emozionali e morali non meno che neurologici.

Quella prima settimana Christina non fece nulla, se ne stava sdraiata passivamente, mangiava pochissimo. Era in uno stato di estremo stress, di orrore e disperazione. Che vita sarebbe stata la sua se non avveniva una guarigione naturale? Che vita, se ogni movimento doveva essere compiuto artificialmente? Che vita, soprattutto, se si sentiva disincarnata?

Poi, come sempre accade, il desiderio di vivere l'ebbe vinta e Christina incominciò a muoversi. Dapprima non riusciva a fare nulla senza usare gli occhi, e se appena li chiudeva si accasciava completamente. Doveva controllarsi con la vista, guardare attentamente ogni parte del proprio corpo in movimento, con una

scrupolosità e una concentrazione quasi dolorose. I suoi movimenti, controllati e regolati coscientemente, dapprima furono goffi e quanto mai artificiali. Ma poi - e qui fummo entrambi felicemente sorpresi dalla forza di un automatismo che aumentava di giorno in giorno, poi incominciarono a mostrare una modulazione più sottile, una maggiore armonia e naturalezza (pur richiedendo sempre e interamente l'uso della vista).

A poco a poco, settimana dopo settimana, la normale retroazione inconscia della propriocezione veniva sempre più sostituita da una retroazione altrettanto inconscia originata dalla vista, dall'automatismo visivo e da riflessi sempre più integrati e pronti. Era possibile che stesse anche accadendo qualcosa di più fondamentale? Il cervello ha del corpo un modello visivo, o immagine corporea, che di norma è piuttosto debole (nei ciechi è ovviamente assente) e sussidiario al modello propriocettivo: era possibile adesso che, essendo andato perduto il modello propriocettivo del corpo, questo modello visivo stesse acquisendo, per compensazione o sostituzione, una forza potenziata, eccezionale, straordinaria? E a questo si potrebbe aggiungere anche un potenziamento compensatorio del modello vestibolare del corpo...entrambi in una misura che superava le nostre aspettative o speranze. [10]

Che vi fosse o no un aumento nell'uso della retroazione vestibolare, vi era sicuramente un aumento nell'uso dell'udito, una retroazione uditiva. Di norma questa è sussidiaria e di scarsa importanza per il linguaggio: se siamo sordi per un raffreddore di testa continuiamo a parlare normalmente, e alcuni sordi congeniti possono arrivare a parlare in modo praticamente perfetto. La modulazione del linguaggio, infatti, è di solito propriocettiva, governata da impulsi che affluiscono da tutti i nostri organi vocali. Christina aveva perso questo afflusso normale, questa afferenza, aveva perso il tono vocale e la postura propriocettivi normali e doveva quindi far ricorso, in loro vece, all'udito, alla retroazione uditiva.

Accanto a queste nuove forme compensati vedi retroazione, Christina cominciò a sviluppare - in un primo tempo in modo deliberato e conscio, ma in seguito sempre più inconscio e automatico- varie forme di una nuova «regolazione anticipativa» compensatoria (in questa sua riabilitazione essa ebbe la collaborazione di un personale specializzato ricco di carica umana e d'inventiva).

Per circa un mese dal momento della catastrofe Christina fu inerte come una bambola di pezza, incapace persino di mettersi a sedere sul letto. Ma tre mesi dopo rimasi sbalordito quando la vidi seduta bene eretta - fin troppo eretta: una posizione statuaria, come di una ballerina che si arresti a metà di una figura. E ben presto capii che si trattava effettivamente di una posa, assunta e mantenuta in modo conscio o automatico, una specie di postura forzata o intenzionale o istrionica, per compensare la persistente mancanza di postura genuina e naturale. Poiché la natura era venuta

[10] Si confronti l'affascinante caso descritto dallo scomparso Purdon Martin in *The Basal Ganglia and Posture* (1967), p. 32: «Questo paziente, nonostante anni di fisioterapia e di training, non ha mai riacquistato la capacità di camminare in modo normale. La sua difficoltà maggiore sta nell'incominciare il movimento e nel darsi la spinta in avanti... É anche incapace di alzarsi da una sedia. Non riesce a strisciare per terra o a mettersi carponi. Quando sta in piedi o cammina, è totalmente dipendente dalla vista e se chiude gli occhi cade a terra. In un primo tempo se chiudeva gli occhi non riusciva a mantenere la sua posizione su una comune sedia, ma ha gradualmente acquisito la capacità di farlo»

meno, Christina ricorreva all' «artificio», ma l'artificio era suggerito dalla natura e presto divenne una «seconda natura». Lo stesso accadde per la voce, che all'inizio era quasi del tutto scomparsa.

Anche la voce era come proiettata a un pubblico dal palcoscenico. Era in effetti una voce dal timbro teatrale, ma non per istrionismo o per bizzarria, bensì perché non c'era ancora una postura vocale naturale. E lo stesso accadeva per il volto, che tendeva a rimanere piatto e inespressivo (pur in presenza di emozioni interiori di intensità normale) a causa della mancanza di tono e di postura facciali propriocettivi, [11] a meno che Christina non accentuasse artificialmente l'espressione (così come gli afasici adottano accenti e inflessioni esagerate).

Ma tutti questi espedienti ottenevano, nel migliore dei casi, risultati parziali. Rendevano la vita possibile, ma non normale. Christina imparò a camminare, a servirsi dei mezzi pubblici, a svolgere le comuni attività quotidiane, ma solo esercitando una grande vigilanza e ricorrendo a modalità di comportamento strane, che peraltro si bloccavano non appena la sua attenzione veniva distratta. Ad esempio, se mentre mangiava parlava, o se mangiando la sua attenzione era altrove, stringeva coltello e forchetta con una forza dolorosa che rendeva esangui le unghie e la punta delle dita; ma se la presa si allentava anche di poco, le posate le cadevano subito di mano: non c'era una via intermedia, una modulazione dell'attività.

Insomma, pur non essendovi accenno di guarigione neurologica (il danno anatomico subito dalle fibre nervose non regrediva), con l'aiuto di una terapia intensa e differenziata (Christina rimase nel reparto di riabilitazione dell'ospedale per quasi un anno) ci fu una considerevole ripresa funzionale, cioè un recupero delle funzioni mediante varie sostituzioni e altri espedienti simili. Finalmente Christina poté lasciare l'ospedale, andare a casa, tornare dai suoi bambini. Poté tornare al suo calcolatore, che imparò a usare con straordinaria perizia ed efficienza, se si pensa che tutto doveva essere fatto usando la vista, non il tatto. Aveva imparato a funzionare, ma che cosa provava? Le sostituzioni avevano disperso quella sensazione di essere disincarnata di cui aveva parlato all'inizio?

La risposta è: assolutamente no. Perdurando la mancanza di propriocezione, Christina ha sempre la sensazione che il suo corpo sia morto, non reale, non suo: non riesce a farlo proprio. Non sa trovare le parole per descrivere questo stato, può solo usare analogie derivate dagli altri sensi: «Ho la sensazione che il mio corpo sia cieco e sordo a se stesso...che non abbia un senso di se stesso» dice. Non ha parole, parole dirette, per descrivere questa privazione, questa tenebra (o silenzio) sensoriale simile alla cecità o alla sordità. Non ha parole e anche noi non ne troviamo. E la società non ha né parole né comprensione per simili stati. I ciechi almeno ci trovano premurosi: riusciamo a immaginare il loro stato e li trattiamo di conseguenza. Ma quando Christina si arrampica faticosamente su un autobus, trova solo un'incomprensione sgarbata e stizzosa: «Ehi, signora, ma che fa? É cieca? É ubriaca? ». E lei, che cosa può rispondere: «Non ho la propriocezione»? Questa mancanza di sostegno e solidarietà sociali rende ancor più pesante il fardello di Christina: è un'invalida, ma la

[11] Purdon Martin, unico quasi fra i neurologi contemporanei, parlava spesso di «postura» facciale e vocale e del loro fondamento ultimo nell'integrità propriocettiva. Fu molto incuriosito dal caso di Christina e da alcuni film e registrazioni che avevo fatto di lei, e anzi molti suggerimenti e formulazioni qui riportati sono suoi.

natura della sua invalidità non è chiara; non è, dopo tutto, palesemente cieca o paralitica, o impedita in modo visibile, e il più delle volte viene trattata come una commediante o un'idiota. Ecco che cosa succede a chi è affetto da disordini dei sensi nascosti (e a chi ha menomazioni vestibolari o ha subito una labirintectomia).

Christina è condannata a vivere in un mondo indescrivibile, inimmaginabile, ma forse sarebbe meglio dire un «non mondo», un «nulla». Ogni tanto ha una crisi, non in pubblico, ma con me: «Se solo potessi sentire!» esclama. «Ma ho dimenticato che cosa significa...Io ero normale, vero? Mi muovevo come chiunque altro? ».

«Ma sì, naturalmente».

«Non esiste un "naturalmente"! Io non posso crederlo. Voglio una prova».

Le mostro un film che la riprende insieme ai figli, girato poche settimane prima della sua polineurite.

«Sì, naturalmente, sono io!» sorride Christina, poi esclama: «Ma non riesco più a identificarmi con quella ragazza così piena di grazia! Non c'è più, non riesco a ricordarla, *non riesco nemmeno a immaginarla*. É come se mi fosse stato tolto qualcosa dentro, proprio nel centro...come si fa con le rane, no? Si tira via il centro, il midollo spinale...Le si svuota...Ecco! Sono stata *svuotata*, come una rana...Venghino, signori, venghino ad ammirare Chris, il primo essere umano svuotato! Niente propriocezione, niente senso di sé...Chris, la ragazza disincarnata, la ragazza svuotata!». Ride convulsamente, sull'orlo dell'isteria. Io la calmo: «Su, ora basta!» e intanto penso: «Ha ragione? ».

Perché in un certo senso essa è davvero «svuotata», disincarnata, una specie di fantasma. Insieme al senso della propriocezione, ha perso l'àncora fondamentale, organica dell'identità - almeno di quella identità corporea, o «io corporeo», che Freud considera la base dell'io: «L'io è anzitutto un io corporeo». Spersonalizzazioni o derealizzazioni simili avvengono sempre di necessità quando vi sono disturbi profondi della percezione o dell'immagine corporea. Tutto questo fu osservato, e poi impareggiabilmente descritto, da Weir Mitchell, il quale lavorò con pazienti che avevano subito amputazioni o riportato danni al sistema nervoso durante la Guerra Civile americana; in un resoconto famoso, quasi un romanzo, che resta tuttora la descrizione migliore e la più accurata dal punto di vista fenomenologico, egli dice, per bocca del suo paziente-medico George Dedlow:

«Mi accorsi con orrore di essere talvolta meno consapevole di quanto lo fossi di solito di me stesso, della mia propria esistenza. Questa sensazione era così nuova che dapprima ne fui sbalordito. Mi veniva da chiedere continuamente a qualcuno se ero realmente George Dedlow; ma rendendomi ben conto della figura ridicola che avrei fatto con una simile domanda, mi trattenni dal parlare del mio caso e mi sforzai di analizzare con più precisione le mie sensazioni. Talvolta la convinzione della mia mancanza del senso di essere me stesso era schiacciante e dolorosa. Era, per quanto mi è possibile descriverla, una deficienza del sentimento egoistico d'individualità».

Christina ha questa sensazione generale, questa «deficienza del sentimento egoistico d'individualità», che è diminuita con il processo di adattamento e con il passare del tempo. E ha questa sensazione specifica, organicamente fondata, di disincarnazione che rimane grave e misteriosa come il giorno in cui l'avvertì per la prima volta. É la stessa sensazione che provano, per esempio, quelli che hanno subito

una sezione trasversa alta del cilindro midollare; ma costoro ovviamente sono paralizzati, mentre Christina, per quanto «priva di corpo», è di nuovo in piedi.

Essa conosce brevi momenti di parziale tregua, quando la sua pelle è stimolata. Esce ogni volta che può, ama le macchine scoperte che le fanno sentire il vento sul corpo e sul viso (l'entità del danno alla sensibilità superficiale, del tatto superficiale è molto lieve). «Che meraviglia!» dice. «Sento il vento sulle braccia e sul viso e allora so, vagamente, di avere delle braccia e un viso. Non è come sentirli in modo completo, ma è pur sempre qualcosa, solleva per un poco questo orribile velo di morte».

Ma la sua è e rimane una situazione «wittgensteiniana». Non sa che «qui c'è una mano»; la sua perdita di propriocezione, la sua deafferenziazione, l'hanno privata della sua base esistenziale, epistemica, e niente che lei possa fare, o pensare, modificherà questo fatto. Non può essere certa del suo corpo: che cosa avrebbe detto Wittgenstein nella sua situazione?

É straordinario, ma quella di Christina è la storia di una vittoria e insieme di una sconfitta. La vittoria è che essa riesce ad agire, la sconfitta è che non può essere. Ha ottenuto una vittoria che ha dell'incredibile in tutti gli adattamenti consentiti dalla volontà, dal coraggio, dalla tenacia, dall'autonomia e plasticità dei sensi, dal sistema nervoso. Ha affrontato e affronta una situazione senza precedenti, ha combattuto contro difficoltà e avversità inimmaginabili ed è sopravvissuta rivelandosi un essere indomito, straordinario. É una degli sconosciuti eroi ed eroine delle malattie neurologiche.

Tuttavia rimane e rimarrà per sempre menomata e sconfitta. Tutto lo spirito e tutta l'ingegnosità di questo mondo, tutte le compensazioni e le sostituzioni consentite dal sistema nervoso non possono minimamente modificare la sua persistente e assoluta perdita della propriocezione, quel vitale sesto senso senza il quale il corpo è necessariamente irreale, non posseduto. La povera Christina è «svuotata» ora, nel 1985, né più né meno di quanto lo fosse otto anni fa e così rimarrà per il resto della sua vita. La sua esperienza non ha precedenti. Christina è, per quanto ne so, la prima del suo genere, il primo essere umano «disincarnato».

Post scriptum

Adesso Christina è, per così dire, in compagnia. Apprendo dal dottor H. H. Schaumberg, a cui si deve la prima descrizione della sindrome, che i pazienti affetti da gravi neuropatie sensoriali si stanno rivelando numerosi. I più colpiti soffrono di disturbi dell'immagine corporea, come Christina. Molti sono dei fanatici della salute, o hanno la fissazione delle vitamine e hanno assunto quantità enormi di vitamina B6 (piridossina). Così ora ci sono alcune centinaia di uomini e donne «disincarnati», i quali però, per la maggior parte, possono, a differenza di Christina, sperare in un miglioramento non appena smettono di avvelenarsi con la piridossina.

IV

LUOMO CHE CADDE DAL LETTO

Molti anni fa, quando ero studente di medicina, una delle infermiere mi telefonò assai perplessa per raccontarmi una strana storia. Quella mattina avevano ricoverato un nuovo paziente, un giovanotto, che per tutto il giorno era sembrato piacevole e assolutamente normale, fino a pochi minuti prima, quando, svegliatosi da un sonnellino, si era mostrato eccitato e strano, non era più lo stesso. Era addirittura riuscito a cadere dal letto e adesso era seduto sul pavimento, faceva un sacco di storie, sbraitava e rifiutava di tornare a sdraiarsi. Potevo, per favore, venire a vedere che cosa stava succedendo?

Quando arrivai, il paziente era sdraiato sul pavimento vicino al letto e si fissava una gamba. Sul suo viso si leggevano insieme rabbia, paura, perplessità e voglia di ridere - ma soprattutto perplessità, con un fondo di sgomento. Gli chiesi se voleva tornare a letto, se gli serviva aiuto, ma sembrò turbato da queste proposte e scosse la testa. Mi accovacciai vicino a lui e lì, sul pavimento, ascoltai la sua storia. Era stato ricoverato la mattina stessa per alcuni esami; non lamentava nulla, ma i neurologi, trovandogli la gamba sinistra «pigra» - disse proprio così - avevano prescritto il ricovero. La giornata era trascorsa normalmente: si sentiva benissimo e verso sera si addormentò. Si svegliò sentendosi sempre bene, finché non accennò un movimento. Fu allora che nel letto trovò (sono parole sue) «una gamba sconosciuta», una gamba umana recisa, una cosa orribile! Dapprima rimase senza fiato per lo stupore e il disgusto: non gli era mai successa, non aveva mai immaginato una cosa tanto incredibile. Allungò una mano per tastarla. Sembrava una gamba perfettamente formata, ma «strana» e fredda. A questo punto ebbe come un lampo di comprensione: ma certo, era uno scherzo! Uno scherzo un po' mostruoso e fuori luogo, ma molto originale! Era l'ultimo dell'anno e l'ospedale era in festa. La metà del personale era ubriaca, volavano battute e petardi, si faceva baldoria. Qualche infermiera con un macabro senso dell'umorismo aveva evidentemente sottratto una gamba dalla sala di anatomia e gliel'aveva infilata tra le lenzuola mentre lui dormiva, per fargli uno scherzo. Questa spiegazione lo sollevò alquanto, ma poiché uno scherzo è uno scherzo e questo aveva passato un po' il segno, gettò quella robaccia fuori dal letto. Ma (e a questo punto il tono discorsivo gli venne meno, di colpo si mise a tremare e si fece pallido come un lenzuolo) quando la gettò fuori dal letto, lui, ecco, lui le andò dietro, e ora quella roba gli era attaccata.

«La guardi!» esclamò con una smorfia di ripugnanza. «Non è orribile? Non le fa schifo? Io credevo che un cadavere fosse morto e basta. Ma questo è incredibile, assurdo! E poi...è mostruoso, ma sembra attaccata a me!». L'afferrò con le due mani, con una violenza straordinaria, cercò di strapparsela dal corpo e, non riuscendovi, in un accesso di rabbia la prese a pugni.

«Adagio!» dissi. «Calma! Non si agiti così! Fossi in lei, non prenderei a pugni

così quella gamba».

«E perché no? » chiese stizzito e bellicoso.

«Perché è *sua*» risposi. «Non riconosce la sua gamba? ».

Mi fissò con un misto di stupore, incredulità, terrore e divertimento non disgiunti da un vago sospetto di scherzo: «Ah, dottore!» disse. «Lei mi sta prendendo in giro. Lei è in combutta con l'infermiera! Non dovrebbe scherzare così con i pazienti!»

«Non sto scherzando» dissi. «Questa gamba è sua».

Vide dalla mia faccia che ero perfettamente serio, e ne fu terrorizzato: «Mia, dottore? Non crede che uno dovrebbe saper riconoscere la propria gamba? ».

«Certamente!» risposi. «*Dovrebbe*. Non riesco a immaginare come si possa non riconoscere la propria gamba. Forse è lei quello che scherzava? »

«Giuro su Dio, su quello che vuole, che io non...Uno *dovrebbe* saper riconoscere il proprio corpo, cos'è e cosa non è suo. Ma questa gamba, questa cosa, » ebbe un altro brivido di ripugnanza «non mi convince, non la sento vera...E poi non mi sembra una parte di me».

«Che cosa le sembra, allora? » chiesi sconcertato, e a questo punto lo ero non meno di lui.

«Cosa mi sembra? » ripeté lentamente. «Glielo dico subito cosa mi sembra. Una cosa dell'altro mondo. Come può appartenermi una roba simile? Non so proprio da dove possa venire...». La voce gli si spense. Era terrorizzato e sconvolto.

«Senta, » dissi «non credo che lei stia bene. Da bravo, si lasci rimettere a letto. Ma vorrei farle un'ultima domanda. Se questa...questa cosa non è la sua gamba sinistra» (a un certo punto della nostra conversazione l'aveva chiamata «imitazione» e aveva espresso il suo stupore che qualcuno si fosse dato la pena di «fabbricare» un «facsimile») «dov'è allora la sua gamba sinistra? ».

Impallidì di nuovo, al punto che temetti uno svenimento. «Non so» disse. «Non ne ho idea. É scomparsa. Non si trova...».

Post scriptum

Dopo la pubblicazione di questo resoconto (in *A Leg to Stand On*, 1984) ricevetti una lettera da un eminente neurologo, il dottor Michael Kremer, che scriveva: «Mi fu chiesto di visitare un paziente del reparto cardiologico, che suscitava perplessità. Aveva una fibrillazione atriale e gli si era liberato un grosso embolo che gli aveva procurato una emiplegia sinistra; mi chiesero di visitarlo perché di notte cadeva sempre dal letto e i cardiologi non riuscivano a scoprirne il motivo. «Quando gli chiesi che cosa succedeva, mi disse in tutta serietà che, quando di notte si svegliava, trovava sempre accanto a sé nel letto una gamba pelosa, morta, fredda: una presenza che non riusciva a spiegarsi ma che non poteva tollerare, sicché con il braccio e la gamba buoni la spingeva giù dal letto; naturalmente, il resto del suo corpo le andava dietro. «Era un esempio eccellente della totale perdita di consapevolezza del suo arto plegico; la cosa interessante fu che non riuscii a farmi dire se la sua gamba da quel lato era in letto con lui, perché era troppo concentrato sulla spiacevole gamba sconosciuta che trovava accanto a sé».

V

MANI

Madeleine J. fu ricoverata all'ospedale di St. Benedict, vicino a New York, nel 1980, all'età di sessant'anni. Era cieca dalla nascita e affetta da paralisi cerebrale, ed era sempre vissuta in casa, assistita dalla famiglia. Mi aspettavo di trovarla ritardata e regredita, vista la sua storia clinica e la sua pietosa condizione: spasticità e atetosi, cioè movimenti involontari di entrambe le mani, a cui si aggiungeva un mancato sviluppo dell'organo della vista.

Non era né l'una cosa né l'altra. Anzi: parlava con scioltezza, addirittura con eloquenza (fortunatamente la spasticità non aveva quasi colpito la parola), e si rivelò una donna assai vivace, estremamente colta e intelligente.

«Lei ha letto davvero molto» dissi. «Deve essere proprio brava con l'alfabeto Braille».

«Niente affatto» rispose. «Devo farmi leggere tutto dagli altri, oppure usare libri-cassetta. Del Braille non conosco nemmeno una parola. Non so fare niente con le mani, sono completamente inutili».

Le sollevò, con un'espressione di scherno. «Sono due cosi flaccidi e inutili, non le sento nemmeno come parte di me».

Ne fui non poco sorpreso. Di solito le mani non sono colpite dalla paralisi cerebrale, almeno non in modo fondamentale: possono essere un po' spastiche o deboli o deformi, ma l'uso rimane di solito buono (a differenza delle gambe che nella variante chiamata malattia di Little, o diplegia cerebrale, possono essere completamente paralizzate).

Le mani della signorina J. erano lievemente spastiche e atetotiche, ma le capacità sensorie (come stabilii rapidamente) erano assolutamente intatte: essa identificava subito e senza sbagliare uno sfioramento, il dolore, la temperatura, il movimento passivo delle dita. Non c'era deficit della sensazione elementare come tale, ma c'era, in drammatico contrasto, un gravissimo deficit della percezione. Essa non era in grado di riconoscere o identificare assolutamente nulla. Le misi in mano ogni sorta di oggetti, inclusa la mia mano. Non riusciva a identificarli, e non li esplorava nemmeno: le sue mani non compivano alcun movimento attivo «interrogativo», erano davvero inattive, inerti, inutili come «cosi senza vita».

Molto strano, mi dissi. Come spiegarlo? Il «deficit» sensorio non è grave. Le sue mani si direbbero potenzialmente in grado di funzionare perfettamente, eppure non lo sono. Che non funzionino, che siano «inutili», perché non le ha mai usate? L'essere stata sempre «protetta», «assistita», «coccolata» le aveva forse impedito le normali attività esplorative delle mani, che tutti i bambini apprendono nei primi mesi di vita? L'avevano portata in braccio, avevano fatto ogni cosa per lei, impedendole in tal modo di sviluppare delle mani normali? E se così era (l'ipotesi pareva un po' forzata, ma era l'unica che riuscissi a formulare), poteva acquisire adesso, a sessant'anni, quello che avrebbe dovuto acquisire nelle prime settimane e mesi di

vita?

C'erano dei precedenti? Era mai stato descritto, o provato, qualcosa di simile? Non lo sapevo, ma pensai subito a un possibile parallelo, un caso riportato da Leontev e Zaporozhets nel loro libro *Riabilitazione della funzione manuale*. La condizione da essi descritta aveva un'origine completamente diversa: un'analoga «alienazione» della mano osservata in circa duecento soldati, come conseguenza di una grave lesione e di un successivo intervento chirurgico; le mani ferite erano avvertite come «estranee», «inanimate», «inutili», «posticce», benché dal punto di vista neurologico e sensorio fossero sostanzialmente intatte. Secondo Leontev e Zaporozhets i «sistemi gnosici» che permettono la «gnosi», o uso percettivo delle mani, possono essere «dissociati» in casi simili in seguito a una lesione con successivo intervento chirurgico e alla conseguente interruzione di settimane o mesi nell'uso delle mani. Nel caso di Madeleine, il fenomeno era identico - mani «inutili», «inanimate», «alienate» - ma durava da una vita. Essa non doveva semplicemente ritrovare le proprie mani, doveva scoprirle- acquisirle, conquistarle - per la prima volta: non semplicemente ricuperare un sistema gnosico dissociato, ma costruire un sistema gnosico mai posseduto. Era possibile?

I soldati feriti descritti da Leontev e Zaporozhets prima delle lesioni avevano mani normali. Dovevano quindi solo «ricordare» ciò che era stato «dimenticato», o «dissociato», o «reso inattivo» dalla grave lesione. Madeleine, invece, non aveva un repertorio mnemonico perché non aveva mai usato le mani - che non sentiva di possedere - o le braccia. Non aveva mai mangiato da sola, non era mai andata al gabinetto da sola, non aveva mai cercato di prendere qualcosa da sola, aveva sempre lasciato che gli altri l'aiutassero. Per sessant'anni si era comportata come un essere senza mani. Era questa dunque la sfida che ci stava di fronte: una paziente le cui mani avevano sensazioni elementari perfette, ma che appariva incapace di integrare queste sensazioni al livello di percezioni collegate col mondo e con se stessa; incapace di dire: «Percepisco, riconosco, voglio, agisco» per quanto riguardava le sue «inutili» mani. Ma in qualche modo dovevamo portarla (come riuscirono a fare Leontev e Zaporozhets con i loro pazienti) ad agire e a usare le mani attivamente, e così facendo (speravamo) a raggiungere l'integrazione: «L'integrazione è nell'azione», come ha detto Roy Campbell.

Madeleine fu pienamente d'accordo con noi, l'idea l'affascinava, anzi, ma si mostrò anche perplessa e un po' scettica. «Com'è possibile che io riesca a fare qualcosa con queste mani» diceva «che non hanno più vita di due blocchi di plastilina? ».

«Nel principio è l'azione» scrive Goethe. Può darsi, quando ci troviamo di fronte a dilemmi esistenziali o morali, ma non là dove hanno origine il movimento e la percezione. Eppure, anche qui c'è sempre qualcosa di improvviso: un primo passo (o una prima parola, come quando Helen Keller disse «acqua»), un primo movimento, una prima percezione, un primo impulso - totale, inaspettato, là dove prima non c'era nulla, o nulla che avesse senso. «Nel principio è l'impulso». Non un'azione, non un riflesso, ma un «impulso», che è più evidente e, insieme, più misterioso...Non potevamo dire a Madeleine: «Fa' un gesto!», ma potevamo sperare in un impulso; potevamo sperarlo, sollecitarlo, persino provocarlo...

Pensai al lattante, quando cerca il seno. «Di tanto in tanto ai pasti, come per caso, mettetele i piatti un po' lontani» suggerii alle infermiere. «Non fatele soffrire la fame, non tormentatela, ma mostratevi meno sollecite del solito nell'imboccarla». E un giorno accadde ciò che non era mai accaduto prima: impaziente, affamata, invece di aspettare passivamente e pazientemente, Madeleine allungò un braccio, annaspò, trovò una ciambellina e la portò alla bocca. Era la prima volta che usava le mani, era la sua prima azione manuale in sessant'anni, e segnò la sua nascita come «individuo motorio» (termine usato da Sherrington per indicare la persona che emerge attraverso le azioni). Segnò inoltre la sua prima percezione manuale, e quindi la sua nascita come «individuo percettivo» completo. La sua prima percezione, il suo primo riconoscimento, fu quello di una ciambellina, o della «ciambellinità» - così come il primo riconoscimento, il primo enunciato di Helen Keller fu quello dell'acqua (l' «acquità»).

Dopo questa prima azione, questa prima percezione, i progressi furono rapidissimi. Come aveva sporto una mano per esplorare o toccare una ciambellina, così ora, nella sua nuova fame, le sporse entrambe per esplorare o toccare il mondo intero. Dapprima fu il mangiare: sentire, esplorare i diversi cibi, i contenitori, gli utensili. Il "riconoscimento", richiedeva un percorso induttivo o congetturale curiosamente tortuoso, poiché Madeleine, cieca e "senza mani", fin dalla nascita, mancava delle immagini interiori più semplici (mentre Helen Keller aveva almeno delle immagini tattili). Se non avesse avuto un'intelligenza e una vivacità culturale eccezionali, con una fantasia nutrita e sostenuta, per così dire, dalle immagini degli altri, immagini trasmesse dal linguaggio, dalla *parola*, sarebbe forse rimasta impotente come un neonato.

Una ciambella veniva riconosciuta come un pane rotondo con un buco in mezzo; una forchetta come un oggetto allungato e piatto con una serie di prolungamenti acuminati. Ma poi a questa analisi preliminare subentrò un'intuizione immediata, e gli oggetti vennero riconosciuti all'istante per quello che erano, come immediatamente familiari per carattere e "fisionomia", vennero riconosciuti come unici, come "vecchi amici". E a questo tipo di riconoscimento, non analitico ma sintetico e immediato, si accompagnava un vivo piacere, la sensazione di scoprire un mondo pieno d'incanto, di mistero e di bellezza.

Gli oggetti più comuni non solo la riempivano di gioia ma stimolarono in lei il desiderio di riprodurli. Chiese della creta e cominciò a modellare: la sua prima creazione, la sua prima scultura, fu un calzascarpe, ma così permeato di vigore e di umorismo, con curve così fluide, possenti e corpose da ricordare le sculture giovanili di Henry Moore.

Poi (era passato un mese dai primi riconoscimenti) la sua attenzione, la sua curiosità, si spostarono dagli oggetti alle persone. Dopotutto c'era un limite all'interesse e alle possibilità espressive degli oggetti, anche quando erano trasfigurati da una specie di genio innocente, ingenuo e spesso comico. Ora Madeleine sentiva il bisogno di esplorare il volto e la figura umani, fermi e in movimento. Essere "sentiti" da Madeleine era un'esperienza fuori del comune. Le sue mani, fino a poco tempo prima inerti e flaccide, parevano ora animate da una vivacità e una sensibilità straordinarie. Ci si sentiva non solo riconosciuti, scrutati con un'intensità e una

minuziosità superiori a quelle di un esame visivo, ma “assaporati” e apprezzati con la concentrazione, la fantasia e il senso estetico di un'artista nata (o neonata). Ci si sentiva esplorati non semplicemente dalle mani di una cieca, ma dalle mani di un'artista cieca, di una mente meditativa e creativa che si era appena dischiusa alla piena realtà sensoriale e spirituale del mondo. Anche queste esplorazioni chiedevano insistentemente di essere raffigurate e riprodotte come realtà esteriore.

Madeleine cominciò a modellare teste e figure umane e in capo a un anno si era conquistata una fama locale come la scultrice cieca del St. Benedict. Le sue sculture di solito erano metà o tre quarti della grandezza naturale, avevano lineamenti semplici ma riconoscibili e uno straordinario vigore espressivo. Per me, per lei, per tutti noi fu un'esperienza molto commovente, straordinaria, quasi miracolosa. Chi avrebbe mai potuto immaginare che delle facoltà percettive basilari non acquisite, come di norma avviene, nei primi mesi di vita, avrebbero potuto esserlo a sessant'anni? Che splendide prospettive di apprendimento tardivo, e di apprendimento per gli handicappati, si aprivano! Chi avrebbe potuto immaginare che in questa donna, cieca, spastica, tenuta nascosta, disattivata, superprotetta per tutta la vita ci fosse il seme di una sorprendente sensibilità artistica (non sospettata né da lei né da altri) che sarebbe germogliato e sbocciato in una realtà splendida e rara, dopo essere rimasto in letargo, disseccato, per sessant'anni?

Post scriptum

Come dovevo scoprire più tardi, tuttavia, il caso di Madeleine J. non era affatto unico. Era passato meno di un anno che incontrai un altro paziente (Simon K.) anch'egli affetto da paralisi cerebrale unita a una grave menomazione della vista. Pur avendo forza e sensibilità normali nelle mani, il signor K. non le usava quasi mai, ed era grandemente impacciato nel maneggiare, esplorare e riconoscere qualsiasi cosa. Resi avvertiti da Madeleine J. , ci chiedemmo se anch'egli non avesse per caso un'analoga «agnosia evolutiva» e non fosse quindi «curabile» nello stesso modo. E difatti ci accorgemmo ben presto che quello che avevamo ottenuto con Madeleine lo potevamo ottenere anche con Simon. Di lì a un anno egli aveva sviluppato una notevole e diversificata «manualità», e in particolare si divertiva a eseguire piccoli lavori di falegnameria, costruendo, con compensato e blocchi di legno, giocattoli semplici. Non provava alcun impulso a scolpire, a riprodurre gli oggetti, non era artista per natura come Madeleine. Ma dopo mezzo secolo passato in pratica senza mani, provava ugualmente un grande piacere a usarle nei modi più svariati. Questo risultato è forse ancora più notevole perché Simon è lievemente ritardato, è un buon sempliciotto, ben diverso dall'appassionata e altamente dotata Madeleine J. Di lei si potrebbe dire che è straordinaria, una Helen Keller, una donna come se ne trova una su un milione. Niente di questo nel caso del bravo Simon. Eppure la conquista fondamentale, la conquista delle mani, si dimostrò pienamente possibile tanto per l'uno che per l'altra. Pare evidente che l'intelligenza come tale non interviene in alcun modo nella faccenda, che l'unica cosa essenziale è *l'uso*.

Questi casi di agnosia evolutiva sono forse rari, ma si osservano sovente casi di agnosia acquisita che illustrano lo stesso principio fondamentale dell'uso. Incontro

ad esempio pazienti con una grave neuropatia, detta «guanto e calza», dovuta al diabete. Se la neuropatia è sufficientemente grave, i pazienti passano da una sensazione d'insensibilità (l'effetto «guanto e calza») a una di totale inesistenza o derealizzazione. Possono sentirsi (per usare l'espressione di un paziente) «come un troncone umano», con mani e piedi completamente «mancanti». A volte hanno la sensazione che braccia e gambe terminino in due moncherini, cui siano attaccati in qualche modo pezzi di «carne morta»o blocchi di «plastilina». Questa sensazione di derealizzazione ha la caratteristica di presentarsi, in modo assolutamente improvviso...come altrettanto improvviso, se si verifica, è il ritorno della realtà. Esiste, per così dire, una soglia critica (funzionale e ontologica). E'determinante ottenere che questi pazienti *usino* le mani e i piedi - se necessario, ricorrendo a qualche stratagemma. Se ci si riesce è facile che avvenga un improvvisa ri-realizzazione, un balzo indietro nella realtà e nella «vita» soggettive...purché vi sia un sufficiente potenziale psicologico (la cosa non è possibile se la neuropatia è totale, se le parti distali dei nervi sono completamente morte).

Per i pazienti con neuropatia grave ma subtotale il recupero anche limitato dell'uso di mani e piedi è letteralmente vitale, segnando la differenza tra l'essere un «troncone umano» e il poter disporre di una ragionevole funzionalità (un uso eccessivo può provocare un affaticamento della limitata funzione nervosa e una nuova, improvvisa derealizzazione).

Andrebbe aggiunto che queste sensazioni soggettive hanno precisi correlati oggettivi: nei muscoli delle mani e dei piedi si riscontra un «silenzio elettrico» localizzato; e, sotto l'aspetto sensoriale, una completa assenza di qualsiasi «potenziale evocato», a ogni livello fino alla corteccia sensoriale. Non appena le mani e i piedi sono stati ri-realizzati, con l'uso, vi è un capovolgimento completo del quadro fisiologico. Un'analoga sensazione di «silenzio corporeo» e di irrealtà è descritta più sopra nel capitolo III, «La disincarnata».

VI

FANTASMI

Un «fantasma», nel linguaggio dei neurologi, è l'immagine o il ricordo persistente di una parte del corpo, di solito un arto, protratta per mesi o anni dopo la sua perdita. Conosciuti già nell'antichità, i fantasmi furono abbondantemente studiati e descritti dal grande neurologo americano Silas Weir Mitchell, durante e dopo la Guerra Civile.

Weir Mitchell descrisse vari tipi di fantasma: alcuni stranamente spettrali e irreali (che lui chiamò «spettri sensoriali»), altri fortemente, o addirittura pericolosamente, verosimili e realistici; alcuni intensamente dolorosi, altri (la maggior parte) del tutto indolori; alcuni di una nettezza quasi fotografica, come se fossero riproduzioni o facsimili dell'arto perduto, altri scorciati o distorti in modo grottesco...cui si aggiungono poi i «fantasmi negativi» o «fantasmi di assenza». Weir Mitchell indicò inoltre chiaramente che questi disturbi dell' «immagine corporea» - termine che fu introdotto solo cinquant'anni dopo da Henry Head - sono forse influenzati o da fattori centrali (stimolazione o lesione della corteccia sensoriale, specialmente quella dei lobi parietali) o da fattori periferici (è il caso del moncone di nervo o neuroma; della lesione del nervo; del blocco o della stimolazione del nervo; dei disturbi alle radici dei nervi spinali o ai fasci sensitivi nel midollo spinale). A me interessano particolarmente queste determinanti periferiche.

Le storie che seguono, brevissime, quasi aneddoti, sono tratte dalla rubrica «Curiosità cliniche» del «British Medical Journal».

Il dito fantasma

Un marinaio si recise accidentalmente l'indice della mano destra. Nei quarant'anni seguenti fu tormentato dal fastidioso fantasma del dito rigidamente teso, com'era nel momento in cui se l'era reciso. Ogni volta che avvicinava la mano alla faccia, per esempio per mangiare o per grattarsi il naso, temeva che il dito fantasma gli cavasse un occhio. (Sapeva che era impossibile, ma la sensazione era irreprimibile). In seguito sviluppò una grave neuropatia diabetica sensoriale e perseognisensazione addirittura di avere le dita. E allora anche il dito fantasma scomparve.

É risaputo che un disordine patologico centrale, come un ictus che lede la regione cerebrale, può “guarire” da un fantasma. Con quale frequenza un disturbo patologico periferico sortisce lo stesso effetto?

Arti fantasma che scompaiono

Tutti gli amputati, e tutti quelli che lavorano con loro, sanno che un arto fantasma è essenziale per poter usare un arto artificiale. Il dottor Michael Kremer

scrive: «Il suo valore per l'amputato è enorme. Sono convinto che nessun amputato con un arto inferiore artificiale può servirsene in modo soddisfacente finché non arriva a incorporare in esso l'immagine corporea, in altre parole il fantasma».

Per lo stesso motivo la scomparsa di un fantasma può essere disastrosa, e impone d'urgenza la necessità di recuperarlo, di rianimarlo. Ciò può essere effettuato in vari modi: Weir Mitchell descrive come una mano fantasma, scomparsa da venticinque anni, venne improvvisamente "resuscitata" mediante faradizzazione del plesso brachiale. Uno di questi pazienti, in cura presso di me, descrive come al mattino deve "svegliare" il suo fantasma: dapprima flette il moncone della coscia verso di sé, poi lo picchia energicamente più volte, «come fosse il sedere di un bambino». Al quinto o sesto colpo il fantasma compare all'improvviso, riacceso, *folgorato*, dallo stimolo periferico. Solo allora egli può mettersi la protesi e camminare. Chissà a quali altri strani metodi ricorrono gli amputati.

Fantasmi posizionali

Un paziente, Charles D. , fu mandato da noi perché inciampava, cadeva di continuo e soffriva di vertigini; c'erano stati sospetti infondati di disturbi al labirinto. Un colloquio accurato rivelò che ciò che egli provava non erano affatto vertigini bensì un flusso di illusioni posizionali sempre diverse: d'un tratto il pavimento pareva più lontano, poi si avvicinava di colpo, si abbassava, s'inclinava, sobbalzava, «come una nave nella tempesta» diceva lui. Sicché egli stesso vacillava e sbandava, *a meno che non si guardasse i piedi.* Era necessaria la vista per mostrargli la vera posizione dei piedi e del pavimento: il tatto era diventato assolutamente instabile e ingannevole; ma talvolta persino la vista era sopraffatta dal tatto, cosicché il pavimento e i suoi piedi assumevano un aspetto pauroso e mutevole.

Trovammo in breve che egli soffriva di un primo attacco acuto di tabe[12] e (poiché era interessata anche la radice dorsale) di una specie di delirio sensoriale di illusioni propriocettive in successione rapida. Tutti conoscono lo stadio finale classico della tabe, nel quale può presentarsi una "cecità" propriocettiva virtuale nei confronti delle gambe. I lettori hanno mai incontrato questo stadio intermedio - di fantasmi o illusioni posizionali - dovuto a un delirio tabetico acuto (e reversibile)?

L'esperienza raccontata da questo paziente mi ricorda quella molto singolare che feci io stesso, durante la ripresa da uno scotoma propriocettivo. In *A Leg to Stand On* è così descritta:

«Barcollavo sensibilmente, dovetti abbassare gli occhi. Ed ecco che individuai la fonte della mia agitazione. Era la mia gamba, o piuttosto quel coso, quel liscio cilindro di gesso che fungeva da gamba, quella bianca astrazione di gamba. Ora il cilindro era lungo cento metri, ora neanche due millimetri; ora era grasso, ora magro; ora s'inclinava da un lato, ora dall'altro. Mutava costantemente dimensioni e forma, posizione e angolazione, e questo quattro o cinque volte al secondo. Tra un "fotogramma" e l'altro potevano esserci anche mille passaggi».

[12] sindrome caratterizzata da atrofia e disgregazione di un tessuto o di un organo.

I fantasmi: vivi o morti

Vi è spesso una certa confusione a proposito dei fantasmi: dovrebbero o non dovrebbero verificarsi? sono o non sono patologici? sono o non sono «reali»? La letteratura crea confusione; non così i pazienti, i quali chiariscono le cose descrivendo differenti tipi di fantasmi.

Ecco la descrizione che mi fece un uomo equilibrato, con una gamba amputata sopra il ginocchio:

«C'è questa cosa, questo piede-fantasma, che a volte fa un male cane: le dita s'inarcano o si contraggono in spasmi dolorosi. I dolori più forti sono di notte, o quando non ho su la protesi o non sto facendo niente. Quando metto la protesi e cammino, spariscono. Sento sempre nettamente la gamba, ma stavolta è un fantasma buono, diverso: anima la protesi e mi permette di camminare».

Per questo paziente, per tutti i pazienti, l'uso non è dunque importantissimo? Non serve dunque a scacciare un fantasma «cattivo» (o passivo o patologico), se esiste; e a mantenere vivo, attivo e in buona salute, come è loro necessario, il fantasma «buono», cioè il persistente ricordo o immagine personale dell'arto?

VII

COME UN FUSO

Sono ormai passati nove anni dal mio primo incontro col signor MacGregor nella clinica neurologica di St. Dunstan, una casa per anziani dove lavorai per un certo tempo, ma lo ricordo - lo vedo - come fosse ieri.

«Qual è il problema? » chiesi quando egli entrò camminando tutto inclinato da una parte.

«Problema? Io non ho problemi, almeno, che io sappia...Ma gli altri continuano a dirmi che pendo da un lato: "Sembri la torre di Pisa" mi dicono. "Ancora un po' e ti troverai lungo disteso"».

«Ma lei non si accorge di pendere? ».

«Io mi sento bene, non capisco che cosa vogliano dire. Com'è possibile che io penda da un lato senza accorgermene? ».

«Davvero strano» convenni. «Vediamo un po'. Le dispiace alzarsi e fare una camminatina? Solo da qui alla parete e ritorno. Voglio vedere da me, e *voglio che veda anche lei*. Facciamo una videocassetta mentre cammina e la rivediamo subito».

«Benissimo» disse lui, e preso un paio di volte lo slancio, si alzò in piedi. Proprio un bel vecchio, pensai. Novantatré anni e non gliene avresti dati più di settanta. Arzillo, lucidissimo, capace di campare fino ai cento. E robusto come uno scaricatore, morbo di Parkinson o no. Ora stava camminando sicuro, spedito, ma assurdamente inclinato da una parte, di un buon venti gradi, col centro di gravità spostato a sinistra, ai limiti dell'equilibrio.

«Ecco!» disse con un sorriso compiaciuto. «Visto? Nessun problema, ho camminato dritto come un fuso».

«Davvero, signor MacGregor? » chiesi. «Sarà bene che giudichi da sé».

Riavvolsi il nastro e lo feci ripartire. Quando si vide sullo schermo rimase sconvolto: sbarrò gli occhi, spalancò la bocca e borbottò: «Che mi venga un colpo!». E poi: «Hanno ragione, è vero che pendo da un lato. Ora lo *vedo* benissimo, ma non me ne rendo conto. Non lo sento».

«Proprio così» dissi. «Qui sta il problema». Noi abbiamo cinque sensi, di cui ci vantiamo, che riconosciamo ed esaltiamo, sensi che costituiscono per noi il mondo sensibile. Ma ce ne sono altri - sensi segreti, sesti sensi, se volete - altrettanto vitali, eppure non riconosciuti e non celebrati. Questi sensi, inconsci, automatici, li si è dovuti scoprire. E anzi, storicamente la loro scoperta è arrivata tardi: ciò che i vittoriani chiamavano con termine vago «senso muscolare» - la consapevolezza della rispettiva posizione del tronco e degli arti, che deriva dai recettori situati nelle giunture e nei tendini - fu in realtà definito (e chiamato «propriocezione») solo alla fine dell'Ottocento. E i complessi meccanismi e coordinamenti che permettono al nostro corpo di avere nello spazio un allineamento e un equilibrio corretti sono stati definiti solo nel nostro secolo, e serbano tuttora molti misteri. Forse solo in quest'èra

spaziale che ha conosciuto la paradossale libertà e i rischi della vita in assenza di gravità, potremo valutare appieno il nostro orecchio interno, il vestibolo e tutti gli altri oscuri recettori e riflessi che governano l'orientamento del nostro corpo. Per l'uomo normale, in situazioni normali, essi semplicemente non esistono.

Eppure, le conseguenze della loro assenza sono quanto mai vistose. Se i nostri tanto trascurati sensi segreti trasmettono una sensazione difettosa (o distorta), ciò che noi sperimentiamo è qualcosa di profondamente strano, l'equivalente pressoché incomunicabile dell'essere ciechi o sordi. Se c'è un annullamento totale della propriocezione, il corpo diventa, per così dire, cieco e sordo a se stesso, e (come suggerisce la radice latina *proprius*) cessa di essere «proprietario» di se stesso, di sentirsi come se stesso (*si veda il capitolo III, «La disincarnata»*).

Il vecchio si fece di colpo intento, aggrottò le sopracciglia, strinse le labbra. Così immobile, profondamente assorto, offriva un'immagine che vedo sempre con piacere: quella del paziente nell'attimo stesso della scoperta (un misto di sgomento e di curiosità divertita), allorché vede per la prima volta con chiarezza quello che non va e al tempo stesso e con precisione quello che c'è da fare. É il vero momento terapeutico.

«Mi lasci pensare, mi lasci pensare» mormorò, quasi fra sé, aggrottando le sopracciglia bianche e folte e sottolineando con un gesto delle mani forti e nodose i punti chiave del suo ragionamento. «Mi lasci pensare. Riflettiamo insieme. Ci deve essere una risposta! Io pendo da un lato e non me ne accorgo, giusto? Dovrei avvertire qualcosa, un segnale chiaro, e invece no, giusto? ». Fece una pausa. «Io facevo il falegname» disse illuminandosi in volto. «Per controllare se una superficie era in piano o no, o se era inclinata o no rispetto alla verticale, usavamo una livella. Che nel cervello ci sia una specie di livella? ».

Annuii.

«Può essere che il morbo di Parkinson l'abbia messa fuori uso? ».

Annuii di nuovo.

«Ed è questo che è successo nel mio caso? ».

Annuii per la terza volta e dissi: «Sì, sì e sì».

Con la sua livella, il signor MacGregor aveva trovato un'analogia fondamentale, una metafora che ben descriveva un sistema essenziale di controllo sito nel cervello. Alcune parti dell'orecchio interno, infatti, sono fisicamente, letteralmente, simili a livelle; il labirinto consiste di canali semicircolari contenenti un liquido il cui movimento è sottocostante controllo. Il danno però non interessava questi canali in quanto tali, ma piuttosto la capacità del signor MacGregor di usare i propri organi dell'equilibrio, insieme con il senso che il suo corpo aveva di se stesso e con la sua immagine visiva del mondo. La semplice metafora del signor MacGregor è applicabile non solo al labirinto ma anche alla complessa *integrazione* dei tre sensi segreti: il labirintico, il propriocettivo e il visivo. É questa sintesi che viene compromessa nel parkinsonismo.

Gli studi più profondi (e più pratici) di queste integrazioni - e delle loro singolari *disintegrazioni* provocate dal parkinsonismo. - furono compiuti dal grande Purdon Martin, recentemente scomparso, e si possono trovare nel suo splendido libro *The Basal Ganglia and Posture* (pubblicato per la prima volta nel 1967, ma

continuamente riveduto e ampliato negli anni seguenti; la morte ha colto l'autore mentre stava ultimando una nuova edizione l'anno scorso). A proposito di questa integrazione, di questo integratore, nel cervello, Purdon Martin scrive: «Deve esserci un qualche centro o "autorità superiore" nel cervello...un "regolatore", possiamo dire. Questo regolatore o autorità superiore deve essere informato dello stato di stabilità o instabilità del corpo».

Nella parte dedicata alle «reazioni che causano l'inclinazione», Purdon Martin sottolinea il triplice contributo al mantenimento di una postura stabile ed eretta e osserva come il sottile equilibrio che la rende possibile sia solitamente sconvolto nel parkinsonismo e come, in particolare, «la perdita dell'elemento labirintico preceda di solito quella dell'elemento propriocettivo e visivo». Questo triplice sistema regolatore quindi sarebbe tale che un solo senso, un solo regolatore, può compensare gli altri - non completamente (poiché i sensi differiscono nelle loro possibilità) ma se non altro in parte e con un certo giovamento. I riflessi e i controlli visivi sono forse, normalmente, la cosa meno importante. Fintanto che i nostri sistemi vestibolari e propriocettivi sono intatti, se chiudiamo gli occhi manteniamo perfettamente la nostra stabilità: non ci incliniamo, non ci pieghiamo né cadiamo. Questo può invece succedere al paziente affetto da morbo di Parkinson, che ha un equilibrio precario. (Capita spesso di vedere pazienti parkinsoniani seduti, senza accorgersene, in posizione fortemente inclinata. Ma basta uno specchio che permetta loro di *vedere* la propria posizione, ed essi si raddrizzeranno all'istante).

La propriocezione può compensare in notevole misura difetti dell'orecchio interno. I pazienti privati chirurgicamente del labirinto (l'intervento si pratica a volte per eliminare l'intollerabile vertigine causata da una grave forma di morbo di Ménière, che rende impossibile la postura fisiologica), anche se in un primo tempo sono incapaci di mantenersi eretti o di fare un solo passo, possono imparare a usare e a *potenziare* la propriocezione in modo sorprendente; in particolare a usare i sensori siti nei muscoli latissimi del dorso - la più grande e mobile estensione muscolare del corpo – come un organo dell'equilibrio accessorio e nuovo, un paio di vasti propriocettori a forma di ala. Con l'esercizio, quando tale uso diventa una seconda natura, i pazienti sono in grado di stare in piedi e camminare, se non perfettamente, almeno con sicurezza e disinvoltura.

Purdon Martin, con sollecitudine e ingegnosità infinite, escogitò tutta una serie di meccanismi e di metodiche consentissero anche ai parkinsoniani con grave invalidità di raggiungere una normalità artificiale nella deambulazione e nella postura: linee tracciate sul pavimento, contrappesi fissati alla cintura, segnapassi con un ticchettio ben udibile per cadenzare l'andatura. In questo imparava sempre dai suoi pazienti (ai quali, infatti, è dedicato il suo grande libro). Egli fu un pioniere dotato di profonda umanità: al cuore della sua pratica medica c'erano comprensione e collaborazione: paziente e medico erano alla pari, allo stesso livello, ognuno imparava dall'altro e lo aiutava, e *insieme* arrivavano a nuove intuizioni e terapie. Ma a quanto mi consta, egli non aveva ideato una protesi che correggesse il danno dei riflessi vestibolari, il problema appunto che affliggeva il signor MacGregor

«Allora è così, vero? » chiese il signor MacGregor. «Non posso usare la livella che ho nella testa. Non posso usare le orecchie, ma gli occhi li posso usare». Con una

smorfia interrogativa, provò a inclinare la testa di lato: «Così non cambia nulla, il mondo non si inclina». Poi chiese uno specchio; gliene feci portare uno a tutta lunghezza. «Adesso sì che lo vedo che pendo da una parte» disse. «Adesso sì che posso raddrizzarmi. Forse riuscirei a restare dritto...Però non posso certo vivere fra gli specchi, o portarmene appresso uno».

Di nuovo rifletté a lungo, aggrottando le sopracciglia, poi d'improvviso il suo volto si distese e s'illuminò di un sorriso. «Ci sono!» esclamò. «Sì, dottore, ci sono! Non mi serve uno specchio, mi basta una livella. Non posso usare quella che ho dentro la testa, ma perché non usare una livella messa fuori, una livella che potrei vedere, usare con gli occhi? ». Si tolse gli occhiali, li saggiò, e il suo sorriso si allargò ancor di più.

«Qui, per esempio nella montatura degli occhiali...Una livella sistemata qui potrebbe dirmi, dire ai miei occhi, se sono inclinato. In un primo tempo dovrei tenerla d'occhio; sarebbe un bello sforzo, certo, ma in seguito può darsi che diventi una seconda natura, una cosa automatica. Bene, dottore, che ne pensa? ».

«Che è un'idea brillante, signor MacGregor. Proviamola!».

Il principio era chiaro, la meccanica un po' complessa. Dapprima provammo con una specie di pendolo, un filo legato alla montatura e con in fondo un peso, ma era troppo vicino agli occhi e quasi invisibile. Poi, con l'aiuto del nostro optometrista e del laboratorio costruimmo una graffa che sporgeva dal ponte della montatura del doppio del naso e che aveva su ciascun lato una minuscola livella orizzontale. Ne provammo diversi modelli, tutti collaudati e messi a punto dal signor MacGregor, e di lì a un paio di settimane avevamo ultimato un prototipo, un paio di occhiali a livella dal modello piuttosto avveniristico. «I primi al mondo!» esclamò il signor MacGregor tutto trionfante, e li inforcò. Erano un po' ingombranti e strani, ma tutto sommato non più dei pesanti occhiali con protesi acustica che si stavano diffondendo in quegli anni. Da quel giorno la nostra clinica offrì lo spettacolo del signor MacGregor che, munito degli occhiali a livella di sua invenzione e realizzazione, avanzava, lo sguardo concentrato, come un timoniere che tiene d'occhio la chiesuola della sua nave. La cosa funzionava abbastanza bene - per lo meno egli smise di pendere da un lato - ma richiedeva un esercizio continuo, estenuante. Poi, col passare delle settimane, egli acquistò sempre maggiore disinvoltura; tener d'occhio i suoi “strumenti” divenne automatico, come quando si tiene d'occhio il cruscotto dell'auto, pur essendo liberi di pensare, chiacchierare e fare altre cose.

Gli occhiali del signor MacGregor fecero furore al St. Dunstan. Avevamo molti altri pazienti affetti da parkinsonismo che soffrivano anch'essi di una menomazione dei riflessi posturali, un disturbo non solo pericoloso ma anche notoriamente refrattario alla cura. Non passò molto tempo che un secondo e poi un terzo paziente portavano gli occhiali a livella del signor MacGregor e finalmente potevano, come lui, camminare dritti come un fuso.

VIII

ATTENTI A DESTR!

La signora S. , una donna intelligente sulla sessantina, ha subìto un ictus massivo che le ha compromesso le parti più profonde posteriori dell'emisfero cerebrale destro, lasciando peraltro intatta la sua intelligenza, e il suo senso dell'umorismo.

A volte si lamenta con le infermiere perché, dice, non le hanno messo sul vassoio il dolce o il caffè. Quando queste rispondono: «Ma è lì, signora, a sinistra», sembra non capire quello che dicono, e non guarda a sinistra. Se le voltano piano la testa facendo sì che il dolce entri nel suo campo visivo, nella metà destra non compromessa del suo campo visivo, dice: «Oh, eccolo. Prima non c'era». Essa ha completamente perduto l'idea di «sinistra», per quanto riguarda sia il mondo esterno sia il proprio corpo. Talvolta si lamenta che le sue porzioni sono troppo piccole, ma il fatto è che mangia solo quello che è a destra nel piatto, non le viene in mente che il piatto abbia anche una sinistra. A volte decide di mettersi il rossetto e si dipinge la metà destra delle labbra, tralasciando completamente la sinistra: è quasi impossibile affrontare questo problema perché non si riesce ad attirare la sua attenzione su di esso («emi-inattenzione», si veda Battersby, 1956): non ha la minima consapevolezza di sbagliarsi. Lo sa intellettualmente, è in grado di capire, e ride; ma le è impossibile saperlo direttamente.

Dal momento che ne ha una conoscenza intellettuale, frutto di un ragionamento, ha elaborato alcune strategie per affrontare la sua mancanza di percezione. Non può guardare a sinistra direttamente, non può voltarsi a sinistra, e allora si gira a destra, e continua a girare fino a descrivere un cerchio. Ha chiesto e ottenuto una sedia a rotelle girevole, e ora, se non riesce a trovare qualcosa che sa che ci deve essere, ruota la sedia a destra finché la cosa cercata non le cade sotto gli occhi. Questo sistema le dà ottimi risultati soprattutto se non riesce a trovare il caffè o il dolce. Se le sue porzioni le paiono troppo scarse, fa un giro a destra tenendo gli occhi fissi a destra finché non appare la metà che prima mancava; allora la mangia, o meglio ne mangia la metà, e si sente un po' più sazia. Ma se ha ancora fame, o se riflette sulla cosa e capisce che probabilmente ha percepito solo metà della metà mancante, fa un secondo giro finché non appare il quarto rimanente, di cui consuma la metà. Di solito a questo punto la fame è scomparsa - dopotutto ha mangiato sette ottavi della porzione - ma se ha particolarmente fame o è mossa da una spinta ossessiva può fare un terzo giro trovando così un sedicesimo della porzione (il sedicesimo rimanente, il sinistro, resta naturalmente nel piatto). «É assurdo» dice la signora S. «Mi sento come la freccia di Zenone: non arrivo mai alla meta. Sarà anche buffo ma, date le circostanze, che altro posso fare? ».

Parrebbe molto più semplice far ruotare il piatto invece che se stessi. La signora S. ne conviene e ci ha provato. O almeno ha cercato di provare. Ma la cosa è

stranamente difficile, non le viene naturale, come invece lo è far piroettare la sua sedia a rotelle, perché il suo sguardo, la sua attenzione, i suoi movimenti e impulsi spontanei sono ormai tutti esclusivamente e istintivamente rivolti a destra.

Particolarmente penosa era per lei l'ilarità suscitata allorché compariva con una sola metà del viso truccata, col lato sinistro assurdamente privo di rossetto e di fard. «Io guardo nello specchio» diceva «e metto il trucco su quello che vedo». Ci chiedemmo se non fosse possibile procurarle uno «specchio» che le permettesse di vedere a destra la parte sinistra del viso, ossia il viso come l'avrebbe visto qualcuno che le stesse di fronte. Tentammo con un sistema di televisione, sistemando la telecamera e il monitor di fronte a lei; il risultato fu sorprendente e bizzarro. Perché ora, usando lo schermo come uno «specchio», essa vedeva effettivamente la parte sinistra del viso a destra, un'esperienza che confonde anche una persona normale (come sa chiunque abbia provato a radersi usando uno schermo televisivo) e che a lei risultò doppiamente disorientante e inquietante, poiché ora vedeva la parte sinistra del proprio viso e del corpo, che però, in seguito all'ictus, non sentiva, non avvertiva come esistente. «Portatelo via!» gridò angosciata e confusa, e noi non insistemmo oltre. É un peccato perché, come anche R. L. Gregory ipotizza, queste forme di retroazione televisiva potrebbero rivelarsi promettenti per pazienti che presentano emi-inattenzione ed estinzione del campo sinistro. La questione è così complessa fisicamente, anzi metafisicamente, che solo la sperimentazione può dare una risposta.

Post scriptum

Di grande utilità ai pazienti affetti da emiinattenzione sono i computer e i videogiochi (che ancora non erano disponibili nel 1976, quando vidi la signora S.). Essi permettono loro di controllare la metà «mancante» o gli insegnano a farlo da soli. Recentemente (nel 1986) ho fatto un film su tale uso dei computer.

Nella prima edizione di questo libro non mi fu possibile menzionare un lavoro importantissimo uscito quasi contemporaneamente: *Principles of Behavioral Neurology, a cura di M' Marsel Mesulam, Philadelphia, 1985*. Non posso non citare l'eloquente formulazione che Mesulam dà della «trascuratezza»:

«Quando la trascuratezza è grave, il paziente può comportarsi quasi come se metà dell'universo avesse tutt'a un tratto perso ogni significato e addirittura cessato di esistere...I pazienti con trascuratezza unilaterale si comportano non solo come se in realtà nell'emispazio sinistro non accadesse nulla, ma anche come se da quell'area non ci fosse da aspettarsi alcunché di importante».

IX

IL DISCORSO DEL PRESIDENTE

Che diavolo succedeva? Uno scroscio di risa dal reparto afasici, proprio all'inizio del discorso del Presidente, che tutti erano così ansiosi di sentire...

Eccolo là, il vecchio Seduttore, l'Attore, con la sua consumata retorica, il suo istrionismo, la sua bravura nel far leva sulle emozioni...e i pazienti si torcevano tutti dal ridere! Be', non proprio tutti: alcuni erano sconcertati, altri scandalizzati, uno o due preoccupati, ma la maggior parte pareva divertirsi un mondo. Il Presidente, come sempre, toccava il tasto della commozione; ma ora, a quanto pareva, ne ricavava soprattutto ilarità. Che cosa succedeva a tutti quanti? Che cosa credevano? Non riuscivano a capirlo? O forse lo capivano fin troppo bene?

Spesso di questi pazienti, persone intelligenti ma affette da una gravissima afasia percettiva o globale che le rendeva incapaci di capire le parole come tali, si diceva che ciò nonostante capivano la maggior parte di quanto veniva loro detto. I loro amici, i parenti, le infermiere che li conoscevano bene, talvolta stentavano a credere che fossero davvero afasici.

Questo perché, se ci si rivolgeva loro con naturalezza, essi afferravano in parte o quasi completamente il senso della frase o del discorso. E naturalmente si parla «naturalmente».

Sicché per dimostrare la loro afasia, il neurologo doveva di proposito e con un bel po' di sforzo parlare e comportarsi in modo innaturale, eliminare tutti gli elementi rivelatori extraverbali: il tono della voce, l'intonazione, le sottolineature o le inflessioni evocative, e inoltre gli ausilii visivi: le espressioni del viso, i gesti, tutto il proprio repertorio personale e la propria postura, che sono in gran parte inconsci. Doveva eliminare tutto questo (il che poteva anche significare l'occultamento totale della propria persona e la completa spersonalizzazione della propria voce, fino al punto di usare un sintetizzatore di voce computerizzato), per ridurre il linguaggio a pure parole, un linguaggio completamente spogliato di ciò che Frege chiamava «coloritura del suono», timbro (*Klangfarbe*) o «evocazione». Con i pazienti affetti da deficit più sottile era solo usando questo modo di parlare meccanico, fortemente artificiale (abbastanza simile a quello dei computer di *Star Trek*) che si poteva essere davvero sicuri della loro afasia.

Perché tutto questo? Perché il linguaggio, il linguaggio naturale, non consiste di sole parole, né (come riteneva Hughlings Jackson) di sole «proposizioni». Esso consiste di *espressione*, dell'espressione di tutto il proprio pensiero con tutto il proprio essere, la cui comprensione implica molto più del semplice riconoscimento delle parole. Questa era la chiave per capire il modo di capire degli afasici anche quando sono del tutto incapaci di capire le parole in sé. Perché anche se le parole, le costruzioni verbali, di per sé a volte non trasmettono nulla, il linguaggio parlato è di solito soffuso di «tono», circondato da un'espressività che trascende il verbale; ed è

appunto questa espressività, così profonda, così varia, così complessa, così sottile, che è perfettamente conservata nell'afasia, nonostante sia distrutta la capacità di comprendere le parole. Conservata, e spesso addirittura straordinariamente potenziata.

Ciò si rivela con chiarezza - e spesso in modo assai sorprendente, comico o drammatico - a tutti coloro che lavorano o vivono a contatto con gli afasici: i familiari, gli amici, le infermiere, i medici. In un primo momento, forse, non ci si accorge di nulla; ma poi si scopre che c'è stato un grande cambiamento, quasi un capovolgimento, nella loro comprensione del linguaggio. Qualcosa è scomparso, è stato distrutto, è vero; ma in sua vece è subentrato, è stato enormemente potenziato qualcos'altro, per cui (almeno nel caso di espressioni con forte carica emotiva) vi può essere piena comprensione del significato anche là dove va perduta ogni parola. Nella nostra specie homo loquens ciò sembra quasi un capovolgimento dell'ordine comune delle cose: un capovolgimento, e forse anche una reversione a qualcosa di più primitivo ed elementare. Per questo, forse, Hughlings Jackson paragonava gli afasici ai cani (paragone che potrebbe indignare entrambi!), anche se si riferiva soprattutto alle loro insufficienze linguistiche più che alla loro notevole e quasi infallibile capacità di cogliere il «tono» e il sentimento. Più sensibile a questo riguardo, Henry Head nel suo trattato sull'afasia (1926) parla di «*feeling-tone*», tono emotivo, e mette in rilievo come negli afasici esso sia conservato e spesso potenziato. [13]

Di qui, talvolta, l'impressione - mia e di tutti noi che lavoriamo a stretto contatto con gli afasici - che a un afasico non si può mentire. Egli non riesce ad afferrare le tue parole, e quindi non può esserne ingannato; ma l'espressione che accompagna le parole, quell'espressività totale, spontanea, involontaria che non può mai essere simulata o contraffatta, come possono esserlo, fin troppo facilmente, le parole...tutto questo egli lo afferra con precisione infallibile.

É un'abilità che riconosciamo nei cani, e per questo li usiamo spesso proprio per individuare falsità, malevolenza, intenzioni equivoche, per capire di chi possiamo fidarci, chi è onesto, chi ha ragione, quando noi, così influenzati dalle parole, non possiamo fare affidamento sui nostri istinti.

La stessa capacità dei cani l'hanno gli afasici, e ad un livello umano e immensamente superiore. «Si può mentire con la bocca, » scrive Nietzsche ma con la smorfia che l'accompagna si dice ugualmente la verità». Per questa smorfia, per ogni falsità o improprietà nell'aspetto fisico o nella postura, gli afasici hanno una sensibilità eccezionale. E se non possono vedere la persona (soprattutto nel caso dei nostri afasici ciechi), hanno un orecchio infallibile per ogni sfumatura della voce, per il tono, il ritmo, le cadenze, la musica, le più sottili modulazioni, inflessioni e intonazioni che possono dare, o togliere, credibilità a una voce umana.

In questo risiede dunque la loro capacità di comprensione: possono capire,

[13] «*Feeling-tone* è uno dei termini preferiti di Head, che lo usa non solo in relazione all'afasia ma anche alla qualità affettiva della sensazione, qualora venga alterata da disturbi talamici o periferici. É anzi nostra impressione che Head sia continuamente e quasi inconsapevolmente attratto verso l'esplorazione del «tono emotivo» - verso, per così dire, una neurologia del «tono emotivo», in antitesi, o a complemento di una neurologia classica di proposizione e procedimento. Detto per inciso, questo termine è comune negli Stati Uniti, almeno fra i negri del Sud: è un termine comune, concreto e indispensabile. «Sai, c'è una cosa che si chiama *feeling-tone*. E se non ce l'hai, baby, sei fregata» (citato da Studs Terkel in epigrafe alla sua "storia orale" *Division Street: America*).

senza le parole, ciò che è genuino o non lo è. Erano quindi le smorfie, gli istrionismi, i gesti e soprattutto i toni e le cadenze della voce a suonare falsi per questi pazienti privi di parola ma dotati di un'immensa sensibilità. E perciò, non ingannati e non ingannabili dalle parole, essi reagivano a queste incongruità e improprietà che apparivano loro smaccate e addirittura grottesche.

Ecco perché ridevano al discorso del Presidente.

Se non è possibile mentire a un afasico, data la sua particolare sensibilità all'espressione e al «tono», che cosa succede, viene da chiedersi, ai pazienti (se ve ne sono) che mancano completamente del senso dell'espressione e del «tono» pur conservando immutata la capacità di comprendere le parole, pazienti che sono l'esatto contrario degli afasici? Noi ne abbiamo un certo numero, e sono ricoverati anch'essi nel reparto afasici, benché, tecnicamente parlando, non siano affetti da afasia, ma piuttosto da una forma di agnosia, in particolare da un'*agnosia* cosiddetta «tonale». Per questi pazienti scompaiono le qualità espressive della voce, ossia il tono, il timbro, la sfumatura emotiva, l'intero carattere, mentre sono perfettamente comprensibili le parole (e le costruzioni grammaticali). Tali agnosie tonali (o «atonie») sono associate a turbe del lobo temporale *destro* del cervello, mentre le afasie si accompagnano a turbe del lobo temporale *sinistro*.

Tra i pazienti del nostro reparto afasici affetti da agnosia tonale, anch'essi spettatori del discorso del Presidente, ce n'era una che aveva un glioma nel lobo temporale destro. Si chiamava Emily D. ed era stata insegnante d'inglese e poetessa di una certa fama;grazie alla sua eccezionale sensibilità linguistica e alle sue vigorose capacità analitiche ed espressive, era in grado di formulare chiaramente la situazione opposta: come era inteso il discorso del Presidente da una persona affetta da agnosia tonale.

Emily D. non era più in grado di dire se una voce fosse arrabbiata, allegra, triste o altro. Dal momento che per lei ora le voci erano prive di espressione, doveva osservare il volto delle persone, le loro posture e i gesti che accompagnavano le loro parole, e scoprì di farlo con un'attenzione e un'intensità mai dimostrate prima. Ma anche in questo, purtroppo, era parzialmente impedita poiché aveva un glioma maligno e stava rapidamente perdendo anche la vista.

Scoprì allora che doveva prestare la massima attenzione all'esattezza delle parole e del loro uso, e insistere perché gli altri facessero lo stesso con lei. Le era sempre più difficile seguire un linguaggio approssimativo o gergale, un linguaggio di tipo allusivo o emotivo, ed esigeva sempre più dai suoi interlocutori che parlassero in *prosa*: «parole esatte al posto esatto». La prosa, come scoprì, poteva in certa misura compensare la mancata percezione del tono o del sentimento.

In questo modo fu in grado di conservare, e anzi di potenziare, l'uso del linguaggio «espressivo» (nel quale il significato era dato interamente dalla giusta scelta e referenzialità delle parole), pur trovandosi sempre più spersa di fronte al linguaggio «evocativo» (dove il significato è dato interamente dall'uso e dal senso del tono).

Anche Emily D. ascoltava dunque, con volto impassibile, il discorso del Presidente, servendosi di una strana mescolanza di percezioni potenziate e difettose - una mescolanza che era l'esatto contrario di quella dei nostri afasici. Il discorso non

suscitò emozioni in lei - nessun discorso ormai aveva questo effetto - e tutto ciò che era evocativo, autentico o falso le sfuggì completamente. Ma allora Emily, priva di reazione emotiva, fu trascinata o abbindolata, come noi tutti? Niente affatto. «Non è convincente» disse. «Non usa una prosa chiara. Usa le parole in modo improprio. O ha dei disturbi cerebrali oppure ha qualcosa da nascondere». Così il discorso del Presidente non funzionò neanche per Emily D. , con la sua sviluppata sensibilità per l'uso formale del linguaggio, per la proprietà e la prosa, così come non funzionò per i nostri afasici, con la loro sordità alle parole ma anche la loro sviluppata sensibilità al tono. Ecco dunque dov'era il paradosso del discorso del Presidente. Noi normali, indubbiamente aiutati dal nostro desiderio di esser menati per il naso, fummo veramente menati per il naso (*populus vult decipi, ergo decipiatur)*. E così astuta era stata la combinazione di un uso ingannevole delle parole con un tono ingannatore che solo i cerebrolesi ne rimasero indenni, e sfuggirono all'inganno.

Parte seconda

ECCESSI

«Deficit», abbiamo detto, è il termine preferito dalla neurologia - l'unico suo termine, in realtà, per ogni disturbo funzionale. O la funzione (come un condensatore o un fusibile) è normale, oppure è insufficiente o difettosa: quale altra possibilità esiste per una neurologia meccanicistica, che è in sostanza un sistema di capacità e connessioni?

Ma il contrario, allora? Un eccesso o sovrabbondanza di funzione? La neurologia non ha un termine per questo, perché gliene manca il concetto. Una funzione, un sistema funzionale, o funziona o non funziona: non esistono alternative. Quindi una malattia che abbia la caratteristica di essere «esuberante» o «produttiva» sfida i concetti meccanicistici basilari della neurologia, ed è senz'altro per questo motivo che turbe siffatte, per quanto frequenti, importanti e singolari, non hanno mai ricevuto l'attenzione che meritano. La ricevono in psichiatria, dove si parla di eccitazione e di turbe produttive - eccesso di fantasia, d'impulso...di mania. E la ricevono in anatomia e in patologia, dove si parla di ipertrofie, di mostruosità - di teratoma. Ma la neurologia non ha equivalenti, non ha nulla che equivalga alle mostruosità o alle manie. Basta questo ad avanzare il sospetto che il nostro concetto o visione basilare del sistema nervoso - come una sorta di macchina o computer - sia del tutto insufficiente e vada integrato con concetti più dinamici, più efficaci.

Questa sostanziale insufficienza può non essere evidente se consideriamo solo la perdita, la privazione delle funzioni che abbiamo visto nella prima parte di questo libro. Ma appare in tutta chiarezza se consideriamo gli eccessi di tali funzioni: non l'amnesia, ma l'ipermnesia; non l'agnosia, ma l'ipergnosia; e tutti gli altri possibili «iper».

La neurologia classica, «jacksoniana», non prende mai in considerazione queste turbe in eccesso, ossia le sovrabbondanze primarie o un rigoglio di funzioni (in contrasto con i cosiddetti «blocchi»). É vero che lo stesso Hughlings Jackson parlava di «stati mentali superpositivi». Ma qui, potremmo dire, egli si lascia andare, scherza oppure è semplicemente fedele alla sua esperienza clinica, anche se in contrasto con i suoi concetti meccanicistici di funzione (tali contraddizioni erano tipiche del suo genio, la frattura fra il suo naturalismo e il suo rigido formalismo).

Dobbiamo arrivare fin quasi ai nostri giorni per trovare un neurologo che

anche solo prenda in considerazione un eccesso. Abbiamo le due biografie cliniche di Lurida che si controbilanciano: *Un mondo perduto e ritrovato* parla di una perdita, *Viaggio nella mente di un uomo che non dimenticava nulla* descrive un eccesso. Fra le due trovo molto più interessante e originale la seconda, poiché si tratta in realtà di un'esplorazione dell'immaginazione e della memoria (e un'esplorazione del genere è impossibile per la neurologia classica).

In *Awakenings* c'era un equilibrio interno, per così dire, fra le terribili privazioni osservate prima dell'assunzione di L-dopa: acinesia, abulia, adinamia, anergia, ecc. , e i quasi altrettanto terribili eccessi dopo l'assunzione: ipercinesia, iperbulia, iperdinamia, ecc. .

Vediamo qui emergere nuovi termini, termini e concetti diversi da quelli di funzione: impulso, volontà, dinamismo, energia, termini essenzialmente cinetici e dinamici (mentre quelli della neurologia classica sono essenzialmente statici). E nella mente dell'uomo che non dimenticava nulla vediamo dinamismi di un livello molto superiore: la spinta di un'attività associativa e fantastica rigogliosa e pressoché incontrollabile, una mostruosa crescita di pensiero, una sorta di teratoma della mente, che lo stesso paziente chiama «quella cosa».

Ma anche l'espressione «quella cosa», o automatismo, è troppo meccanica. «Rigoglio» rende meglio ciò che vi è di inquietantemente vivo nel processo. Nell'uomo che non dimenticava nulla - o nei miei stessi pazienti sovrastimolati, galvanizzati dalla L-dopa - osserviamo un'animazione divenuta per così dire esorbitante, mostruosa, o folle; non un semplice eccesso, ma una proliferazione organica, una generazione; non solo uno squilibrio, una turba funzionale, ma una turba generativa.

Potremmo immaginare, davanti a un caso di amnesia o di agnosia, che vi sia stato semplicemente l'indebolimento di una funzione o di una competenza; ma davanti a pazienti affetti da ipermnesie e ipergnosie vediamo che mnesi e gnosi sono sempre di per sé attive e generative; lo sono intrinsecamente e, in potenza, anche mostruosamente. Siamo quindi costretti a passare da una neurologia della funzione a una neurologia dell'azione, della vita. Questo passo cruciale ci viene imposto dalle malattie di eccesso - e se non lo compiamo non possiamo iniziare a esplorare la «vita della mente». La neurologia tradizionale, con la sua meccanicità e la sua attenzione rivolta ai deficit, ci nasconde la vita effettiva insita in ogni funzione cerebrale, almeno per le funzioni superiori, quali l'immaginazione, la memoria e la percezione. Ci nasconde la vita stessa della mente. É appunto di queste predisposizioni vive (e spesso altamente personali) del cervello e della mente, soprattutto in uno stato di accresciuta, e quindi illuminata, attività, che ci occuperemo ora.

L'intensificazione apre la possibilità non solo di una sana pienezza ed esuberanza, ma anche di una bizzarria, aberrazione o mostruosità alquanto sinistre - quel genere di «esagerazione» che si profila continuamente in *Awakenings*, dove i pazienti, sovraeccitati, inclinano verso la disintegrazione e la perdita del controllo; una sopraffazione dell'impulso, dell'immagine e della volontà; una possessione (o spossessamento) da parte di una fisiologia scatenata.

Questo pericolo è insito nella natura stessa della crescita e della vita. La crescita può diventare un'ipercrescita, la vita un'ipervita. Tutti gli stati «iper» possono

diventare mostruosi, perversi, aberranti, stati «para»: l'ipercinesia tende verso la paracinesia: movimenti abnormi, corea, tic; l'ipergnosia diventa rapidamente paragnosia: apparizioni, perversioni dei sensi morbosamente eccitati; gli ardori degli stati «iper» possono diventare passioni violente.

Il paradosso di una malattia che può presentarsi come uno star bene, come una meravigliosa sensazione di salute e benessere che solo in seguito rivela i suoi potenziali maligni, è una delle tante chimere, inganni e ironie della natura. Molti artisti ne sono stati affascinati, in particolare quelli che equiparano l'arte alla malattia: è un tema, al tempo stesso dionisiaco, venereo e faustiano, che ricorre persistentemente in Thomas Mann - dalle febbrili eccitazioni tubercolotiche della *Montagna incantata*, alle ispirazioni spirochetali del *Doktor Faustus*, e al tumore afrodisiaco nel suo ultimo racconto, *L'inganno*.

Queste ironie mi hanno sempre affascinato e ne ho già fatto l'oggetto di alcuni miei scritti. In *Migraine* ho parlato dello stato di eccitazione che può precedere o costituire l'inizio di un attacco, e ho citato George Eliot, per la quale il sentirsi «pericolosamente bene» era spesso il segnale premonitore di un attacco. «Pericolosamente bene»: quanta ironia in queste parole, che esprimono con esattezza la duplicità, il paradosso del sentirsi «troppo bene».

Poiché dello «star bene» non si ha, naturalmente, motivo di lamentarsi: lo si apprezza, lo si gode, non si pensa minimamente di lamentarsene. Ci si lamenta di star male, non bene. A meno che, come George Eliot, non si colgano in tale stato degli accenni a qualcosa che «non va», o a un pericolo, vuoi per previa conoscenza o per associazione, vuoi per l'eccesso stesso dell'eccesso. Così, anche se nessun paziente si lamenterà certo di sentirsi «molto bene», può darsi che qualcuno s'insospettisca se si sente «troppo bene».

Questo era un tema centrale, e (per così dire) crudele, di *Awakenings*: che pazienti da molti decenni gravemente ammalati e con gravissimi deficit potessero improvvisamente e come per miracolo sentirsi bene, solo per passare da questo stato ai rischi e alle tribolazioni causate da un eccesso, da funzioni stimolate ben oltre i limiti «ammissibili». Alcuni se ne rendevano conto, avevano presentimenti, altri no. Così Rose R. , nel primo impeto di gioia per la ritrovata salute, esclamava: «É splendido, è meraviglioso!», ma quando la situazione cominciò a precipitare verso la perdita del controllo, diceva: «Non può durare. Sta arrivando qualcosa di spaventoso». La stessa cosa era avvertita, con minore o maggiore chiarezza, dalla maggior parte degli altri pazienti, come Leonard C. , per esempio, quando passò dalla pienezza all'eccesso: «la sua abbondanza di salute e di energia- di "grazia", come la chiamava lui- divenne sovrabbondanza e cominciò ad assumere caratteri esagerati. La sua sensazione di armonia, di naturalezza, di controllo spontaneo, lasciò il posto a un senso di pienezza eccessiva...di un'enorme eccedenza, di grande pressione, di... (di ogni cosa)», che minacciava di disintegrarlo, di farlo scoppiare.

É questo insieme il dono e il tormento, la felicità e l'angoscia conferiti dall'eccesso. E i pazienti più percettivi vivono questa situazione come problematica e paradossale: «Ho troppa energia» diceva un paziente affetto da sindrome di Tourette. «Tutto è troppo splendente, troppo forte, troppo tutto. É una energia febbrile, una luminosità morbosa».

«Pericoloso benessere», «luminosità morbosa», un'euforia ingannevole sotto la quale si spalancano abissi: è questa la trappola promessa e minacciata dall'eccesso, tesa a volte dalla Natura, sotto forma di una qualche turba inebriante, a volte da noi stessi, sotto forma di una qualche esaltante tossicodipendenza.

In queste situazioni, il dilemma umano è di tipo particolarissimo, poiché i pazienti si trovano di fronte a una malattia che è seduzione, a qualcosa di molto lontano dalla malattia tradizionalmente intesa come sofferenza o tormento, qualcosa di molto più ambiguo. E nessuno, assolutamente nessuno, è immune da tali bizzarrie, da tali oltraggi. Nei disordini di eccesso vi può essere una sorta di collusione: il sé viene sempre più allineato e identificato con la malattia, per cui alla fine sembra perdere ogni esistenza autonoma ed essere solo un prodotto di quella. Questo *timore* è espresso da Ray «dei mille tic» (capitolo X) quando dice: «Io sono fatto di tic, di tic e nient'altro», o quando immagina un'ipertrofia mentale, un «tourettoma», che arrivi a inghiottirlo. Per lui, con il suo io forte e una sindrome di Tourette relativamente blanda, non esisteva, in realtà, nessun pericolo del genere. Ma per pazienti con un io debole o non sviluppato, unito a una malattia di devastante gravità, esiste il rischio molto reale di una simile «possessione» o «spossessamento». É un argomento che sfioro nel capitolo XIV, «La posseduta».

X

RAY DEI MILLE TIC

Nel 1885 un discepolo di Charcot, Gilles de la Tourette, descrisse la straordinaria sindrome che ora porta il suo nome. La «sindrome di Tourette», come venne immediatamente chiamata, è caratterizzata da un eccesso di energia nervosa e da una smodata produzione di gesti e atteggiamenti bizzarri: tic, scatti, manierismi, smorfie, versacci, imprecazioni, imitazioni involontarie e ogni sorta di ossessioni, uniti a un singolare e dispettoso senso dell'umorismo e a una tendenza a comportamenti buffoneschi e stravaganti. Nelle sue forme più acute la sindrome di Tourette interessa ogni aspetto della vita affettiva, istintuale e immaginativa; nelle sue forme più blande, e forse più diffuse, può limitarsi a movimenti e impulsività fuori del comune, ma anche qui con qualche elemento di bizzarria. Fu ben riconosciuta e ampiamente documentata negli ultimi anni del secolo scorso, perché allora fioriva una neurologia di ampio respiro che non esitava a collegare l'organico con lo psichico. Per Tourette e per i suoi colleghi questa sindrome era palesemente una specie di possessione in cui il malato era dominato da impulsi e stimoli primitivi; ma anche una possessione con base organica, una turba neurologica ben definita (anche se non identificata).

Negli anni che seguirono immediatamente la pubblicazione degli studi originali di Tourette furono descritti centinaia di casi di questa sindrome, e non ce n'era uno che fosse uguale all'altro. Fu allora evidente che esistevano forme blande e benigne e forme terribilmente grottesche e violente. Fu anche evidente che certuni potevano “prendere”, la sindrome di Tourette e accoglierla in una personalità spaziosa, traendo persino vantaggio dalla velocità di pensiero, di associazione e di invenzione che si accompagnano ad essa, mentre altri potevano essere davvero «posseduti», incapaci di conquistarsi una vera identità fra le spaventose pressioni e il caos degli impulsi tourettici. C'era sempre, come notava Lurija a proposito del suo paziente che non dimenticava nulla, un conflitto fra un «esso» e un «io».

Charcot e i suoi allievi, tra i quali, oltre a Tourette, c'erano Freud e Babinski, furono tra gli ultimi esponenti della loro professione ad avere una visione unitaria di corpo e anima, di «esso» e «io», di neurologia e psichiatria. Con la frattura, prodottasi alla fine del secolo, fra una neurologia senz'anima e una psicologia senza corpo, scomparve ogni possibilità di comprendere la sindrome di Tourette. Anzi, sembrò che essa fosse scomparsa, e nella prima metà di questo secolo ne furono registrati pochissimi casi. Alcuni medici la consideravano addirittura «mitica», un prodotto della colorita fantasia di Tourette, e i più non ne avevano mai sentito parlare. Venne dimenticata, proprio come accadde alla grande epidemia di malattia del sonno degli Anni Venti.

L'oblio in cui cadde la sindrome di Tourette e quello in cui cadde la malattia del sonno (encefalite letargica) hanno molto in comune. Entrambe le turbe erano eccezionali e avevano dell'incredibile, almeno per una medicina di anguste vedute. Non trovavano posto nelle strutture convenzionali della medicina, e perciò furono

dimenticate è «scomparvero» misteriosamente. Ma esiste un nesso molto più stretto, che fu intravisto negli Anni Venti e che riguarda le forme ipercinetiche o convulse assunte talvolta dall'encefalite letargica: all'inizio della malattia, questi pazienti mostravano di solito una crescente eccitazione mentale e fisica, movimenti violenti, tic, ogni sorta di ossessioni. Poco tempo dopo, inaspettatamente, cadevano vittime di un destino contrario, un «sonno» totale simile a trance, nel quale li trovai ancora immersi quarant'anni dopo.

Nel 1969 somministrai a questi pazienti affetti da malattia del sonno o postencefalitici, della L-dopa, un precursore del neurotrasmettitore dopamina, che nel loro cervello aveva subìto un forte calo. Il risultato fu una completa trasformazione. Dapprima si «svegliavano» dal torpore e ritrovavano la salute, quindi passavano al polo opposto, quello dei tic e delle convulsioni. Fu la mia prima esperienza con sindromi simili alla sindrome di Tourette: eccitazione sfrenata e impulsi violenti spesso uniti a un umorismo strambo e buffonesco. Incominciai a parlare di «tourettismo», anche se non avevo mai visto un paziente con sindrome di Tourette.

All'inizio del 1971 il «Washington Post», che si era interessato al «risveglio» dei miei pazienti postencefalitici, mi chiese quali fossero ora le loro condizioni. «Sono alla fase dei tic» fu la mia risposta. Questo li indusse a pubblicare un articolo sui tic, in seguito al quale ricevetti innumerevoli lettere che passai per la maggior parte ai miei colleghi. Ma ci fu un paziente che acconsentii a vedere: Ray.

Il giorno dopo aver visto Ray, mi parve di notare per strada, nel centro di New York, tre tourettici. Ne fui stupefatto, perché la sindrome di Tourette era creduta rarissima. Avevo letto che la sua incidenza era di uno su un milione ma, a quanto pareva, in un'ora ne avevo visti tre esempi. Caddi in uno stato di grande agitazione e sconcerto: era possibile che io avessi trascurato questa sindrome, che non mi fossi accorto delle persone affette da essa o le avessi definite genericamente «nervose», «strambe», «in preda a spasmi»? Era possibile che nessuno le avesse notate? Era possibile che la sindrome di Tourette non fosse rara, ma anzi piuttosto diffusa, mille volte di più, diciamo, di quanto si supponesse prima? Il giorno seguente, senza cercarli di proposito, vidi per strada altri due tourettici. A questo punto, colto da umorismo bizzarro, mi dissi: mettiamo che la sindrome di Tourette sia molto diffusa ma poco riconosciuta, e che però, una volta riconosciuta, la si noti facilmente e di continuo. [14] (1) Mettiamo che uno di questi tourettici ne riconosca un altro, e i due ne riconoscano un terzo, e questi tre un quarto, finché, di riconoscimento in riconoscimento, se ne trovi uno stuolo: fratelli e sorelle nella patologia, una nuova specie in mezzo a noi, uniti dal mutuo riconoscimento e da un interesse comune. Non potrebbe così costituirsi, per aggregazione spontanea, un'intera associazione di newyorkesi affetti da sindrome di Tourette?

Tre anni dopo, nel 1974, scoprii che la mia fantasia era diventata realtà: era davvero nata una Tourette's Syndrome Association. A quell'epoca contava cinquanta

[14] Una situazione molto simile si verifica con la distrofia muscolare, che non fu mai osservata finché Duchenne non la descrisse intorno al 1855. In seguito alla sua descrizione originaria, già nel 1860 erano state riconosciute e descritte varie centinaia di casi, tanto che Charcot disse: «Come è possibile che una malattia così comune, così diffusa e riconoscibile al primo sguardo, una malattia che indubbiamente è sempre esistita, come e possibile che venga riconosciuta solo ora? Perché abbiamo avuto bisogno di Duchenne per aprire gli occhi? ».

membri; ora, a distanza di sette anni, ne ha alcune migliaia. Questo sbalorditivo aumento va ascritto tutto agli sforzi dell'associazione, sebbene essa sia formata solo dei pazienti, dei loro parenti e dei loro medici. L'associazione ha trovato mille modi per far conoscere (o «pubblicizzare», nel senso migliore della parola) la difficile situazione dei tourettici. Al posto dell'indifferenza o della ripugnanza di cui i tourettici sono stati così spesso oggetto ha suscitato interesse e partecipazione responsabili e ha incoraggiato ricerche di ogni tipo, da quelle fisiologiche, a quelle sociologiche: ricerche sulla biochimica del cervello dei tourettici; sui fattori, genetici e non, che possono contribuire a determinare la sindrome di Tourette; sulle associazioni e le reazioni abnormemente veloci e indiscriminate che la caratterizzano. Sono state messe in luce strutture istintuali e comportamentali di tipo evolutivamente e persino filogeneticamente primitivo. Si sono fatte ricerche sul linguaggio del corpo, sulla grammatica e sulla struttura linguistica dei tic; vi sono state inaspettate scoperte sulla natura dell'imprecazione e della battuta di spirito (caratteristiche anche di alcune altre turbe neurologiche); e, non ultimi, ci sono stati studi sull'interazione dei tourettici con i familiari e con gli altri, e sulle strane disavventure che possono intervenire in questi rapporti. Gli sforzi dell'associazione, coronati da notevole successo, sono parte integrante della storia della sindrome di Tourette e nel loro genere non hanno precedenti: non era mai successo che fossero i pazienti ad aprire la strada alla conoscenza e a farsi promotori attivi e intraprendenti della comprensione e della cura della loro malattia.

Ciò che è emerso in questi ultimi dieci anni, in gran parte sotto l'egida e lo stimolo dell'associazione, è una chiara conferma dell'intuizione di Gilles de la Tourette che questa sindrome ha effettivamente una base neurologica organica. Nella sindrome di Tourette, come nel parkinsonismo e nella corea, l' «esso» riflette ciò che Pavlov chiamava «la forza cieca della subcorteccia», un disturbo delle parti primitive del cervello che governano l' «energia» e l' «iniziativa». Nel parkinsonismo, che colpisce la mobilità ma non l'azione in quanto tale, il disturbo è situato nel mesencefalo e nelle sue connessioni. Nella corea, che è un caos di quasi-azioni frammentarie, il disturbo è situato nei livelli superiori dei gangli basali. Nella sindrome di Tourette, dove c'è eccitazione delle emozioni e delle passioni, una turba delle basi primarie, istintuali, del comportamento, il disturbo pare situato ai livelli più alti del «cervello antico»: il talamo, l'ipotalamo, il sistema limbico e l'amigdala, dove hanno sede le determinanti affettive e istintuali di base della personalità. Sicché la sindrome di Tourette, dal punto di vista patologico non meno che clinico, costituisce una specie di «anello mancante» fra il corpo e la mente, e si trova, per così dire, a metà strada fra la corea e la mania. Come nelle rare forme ipercinetiche dell'encefalite letargica, e in tutti i pazienti postencefalitici sovraeccitati dalla L-dopa, i pazienti con sindrome di Tourette, o «tourettismo», derivante da qualsiasi altra causa (ictus, tumori cerebrali, intossicazioni o infezioni) sembrano aver e nel cervello un eccesso di trasmettitori eccitatori, specialmente del trasmettitore dopamina. E come i pazienti parkinsoniani letargici necessitano di una maggiore quantità di dopamina per essere destati, come i miei pazienti postencefalitici furono «risvegliati» dal precursore della dopamina, la L-dopa, così nei pazienti frenetici e tourettici si è dovuta ridurre la dopamina con un suo antagonista, ad esempio il farmaco

aloperidolo.

D'altra parte, nel cervello dei tourettici non vi è solo eccesso di dopamina, così come in quello dei parkinsoniani non vi è solo una carenza della stessa. Vi sono anche variazioni molto più sottili e diffuse, come appunto ci si aspetta in una turba che può alterare la personalità: le vie dell'anormalità sono innumerevoli e sottili, cambiano da paziente a paziente, e di giorno in giorno in ciascun paziente. L'aloperidolo può essere una risposta alla sindrome di Tourette, ma né questo né un qualsiasi altro farmaco può essere la risposta perfetta, così come non lo è la L-dopa per il parkinsonismo. Vi deve dunque essere, complementare a ogni approccio puramente farmacologico o medico, un approccio «esistenziale»: in particolare è necessario avere la sensibilità di riconoscere che l'esibizione teatrale, l'arte e la musica sono essenzialmente sane e libere, e quindi antagoniste delle ossessioni e delle pulsioni primitive, della «forza cieca della subcorteccia» di cui soffrono questi pazienti. L'immobilizzato parkinsoniano può cantare e ballare, e quando lo fa è completamente libero dalla sua malattia; e anche il sovraeccitato tourettico, quando canta, suona o fa il suo teatrino, si libera del tutto della sua sindrome. Qui l' «io» sconfigge e domina l' «esso».

Fra il 1973 e il 1977, anno della sua morte, ebbi il privilegio di corrispondere con il grande neuropsicologo A. R. Lurija, e gli inviai spesso osservazioni e registrazioni riguardanti la sindrome di Tourette. In una delle sue ultime lettere egli mi scrisse: «Questo ha un'importanza davvero enorme. La comprensione di una tale sindrome amplierà necessariamente, e di molto, la nostra comprensione della natura umana in generale...Non conosco nessun'altra sindrome che abbia un interesse paragonabile».

Quando lo vidi per la prima volta, Ray aveva ventiquattro anni. Era afflitto da molteplici tic di estrema violenza i quali, presentandosi a scariche ogni pochi secondi, lo rendevano praticamente invalido. Ne andava soggetto dall'età di quattro anni ed era rimasto pesantemente segnato dalla curiosità che essi suscitavano, anche se la sua notevole intelligenza, il suo spirito, la sua forza di carattere e il suo senso della realtà gli consentirono di compiere gli studi scolastici e universitari e di conquistarsi la stima e l'affetto di un gruppetto di amici e della moglie. Dopo la laurea, però, era stato licenziato una dozzina di volte (sempre a causa dei suoi tic, mai per incompetenza), si trovava sempre in qualche guaio, di solito a causa della sua insofferenza, della sua combattività e della sua scurrile e spettacolosa faccia tosta, e aveva messo a volte in pericolo il suo matrimonio perché nei momenti di eccitazione sessuale si lasciava sfuggire involontarie esclamazioni come «porca puttana!» o «merda!». Aveva una notevole sensibilità musicale (come molti tourettici), e forse non sarebbe riuscito a sopravvivere, emotivamente ed economicamente, se non fosse stato un autentico virtuoso di batteria jazz, famoso per le sue subitanee e sfrenate improvvisazioni che scaturivano da un tic o da un frenetico scatenamento su un tamburo e diventavano all'istante il nucleo di una splendida e selvaggia creazione ritmica, così che l' «imprevisto intruso» veniva brillantemente volto a suo vantaggio. Il suo tourettismo lo avvantaggiava anche in vari giochi, specialmente nel ping-pong, in cui eccelleva, in parte grazie alla sua eccezionale rapidità di riflessi e di reazione, ma soprattutto, anche qui, a causa di «improvvisazioni», «tiri subitanei, nervosi,

frivoli» (per usare le sue parole) che, giungendo inaspettati, prendevano alla sprovvista e praticamente non consentivano alcuna ribattuta. Gli unici momenti in cui i suoi tic lo abbandonavano erano subito dopo il coito e nel sonno; oppure quando nuotava o cantava o lavorava, in modo regolare e ritmico, e trovava una «melodia cinetica», una «attività» libera da tensione, libera da tic...insomma, libera.

Sotto una superficie esuberante, dirompente, clownesca, Ray era un uomo profondamente serio - e disperato. Non aveva mai sentito parlare dell'Associazione Tourettici (che in realtà a quell'epoca esisteva appena) né dell'aloperidolo. Si era diagnosticato da solo la sindrome di Tourette dopo aver letto l'articolo sui tic del «Washington Post». Quando confermai la diagnosi e parlai di ricorrere all'aloperidolo, si mostrò entusiasta, ma anche cauto. Feci un test per iniezione ed egli rivelò una straordinaria sensibilità al farmaco: per un periodo di due ore dopo che gliene ebbi somministrato non più di un ottavo di milligrammo fu praticamente libero dai tic. In seguito a questo incoraggiante tentativo iniziai il trattamento, prescrivendo una dose di un quarto di milligrammo tre volte al giorno.

La settimana seguente tornò con un occhio pesto e il naso rotto e disse: «Grazie tante per il suo fottuto aloperidolo». Era bastata quella dose minima, disse, per distruggere il suo equilibrio, intralciare la sua velocità di movimento, il suo tempismo, i suoi riflessi eccezionalmente rapidi. Come molti tourettici, era attratto dalle cose rotanti e in particolare dalle porte girevoli dove entrava e usciva con la rapidità di un lampo: sotto l'effetto dell'aloperidolo aveva perso questa sua abilità, aveva calcolato male i suoi movimenti e si era preso la porta sul naso. Inoltre, molti suoi tic, lungi dallo scomparire, si erano semplicemente rallentati e si protraevano a dismisura: gli succedeva di rimanere «pietrificato a metà di un tic», come si espresse, e trovarsi in posizioni quasi catatoniche (una volta Ferenczi definì la catatonia il contrario dei tic e propose che questi venissero chiamati «cataclonia»). Anche con una dose così bassa, Ray presentava un quadro di marcato parkinsonismo, distonia, catatonia e blocco psicomotorio: una reazione che si presentava estremamente scoraggiante e lasciava supporre non una insensibilità, bensì una ipersensibilità, una sensibilità così patologica, che forse lo destinava a cadere da un estremo all'altro, dall'accelerazione e dal tourettismo alla catatonia e al parkinsonismo, senza alcuna possibilità di trovare una via di mezzo.

Ray era comprensibilmente scoraggiato da questa esperienza, dalle sue prospettive, come pure da un'altra riflessione che ora espresse. «Mettiamo che lei riesca a eliminare i tic» disse. «Che cosa rimarrebbe? Io sono fatto di tic: non rimarrebbe niente». Egli sembrava, almeno per scherzo, avere uno scarso senso della propria identità se non come «portatore di tic»: parlava di se stesso, in terza persona, come di «Ray dei mille tic», aggiungendo di essere così incline allo «spirito ticchico e al tic spiritoso» da non riuscire quasi a distinguere se fosse un dono o una maledizione. Non riusciva a immaginare una vita senza sindrome di Tourette, e comunque non era sicuro che gli sarebbe piaciuta.

Tutto ciò mi ricordava moltissimo quello che avevo riscontrato in alcuni miei pazienti postencefalitici eccessivamente sensibili alla L-dopa. Nel loro caso avevo tuttavia osservato che questa estrema sensibilità e instabilità fisiologica poteva essere superata se il paziente riusciva a condurre una vita ricca e piena: l'equilibrio

«esistenziale» di una simile vita poteva infatti aiutare a sormontare un grave squilibrio fisiologico. Sicuro che anche Ray aveva in sé queste possibilità, e che, nonostante le sue affermazioni, non era irrimediabilmente centrato sulla sua malattia in modo esibizionistico o narcisistico, proposi di incontrarci ogni settimana per un periodo di tre mesi. Durante questo periodo avremmo provato a immaginare una vita senza sindrome di Tourette; avremmo esplorato (anche se solo con il pensiero e con la nostra sensibilità) quello che la vita poteva offrire, offrire a lui, senza le attrattive e le attenzioni perverse della sindrome; avremmo esaminato il ruolo e l'importanza economica che la sindrome di Tourette aveva per lui e come egli avrebbe potuto farne a meno. Avremmo indagato su tutto questo per tre mesi e poi avremmo fatto un altro tentativo con l'aloperidolo.

Seguirono tre mesi di esplorazione profonda e paziente, durante la quale (spesso lottando contro grandi resistenze, risentimenti e mancanza di fiducia del paziente in se stesso e nella vita) vennero alla luce ogni sorta di potenzialità sane e umane, potenzialità che erano in qualche modo sopravvissute a vent'anni di grave tourettismo e di una vita ad esso improntata, nascoste nel nucleo più profondo e più forte della personalità. Questa esplorazione profonda fu di per sé entusiasmante e incoraggiante e ci diede almeno una piccola speranza. Quello che poi accadde superò ogni nostra aspettativa e si rivelò tutt'altro che un semplice fuoco di paglia: fu una trasformazione duratura e permanente della reattività. Infatti, quando ritentai il trattamento con l'aloperidolo, nella stessa dose minima della prima volta, Ray si trovò liberato dai tic, senza che vi fossero rilevanti effetti collaterali negativi, e tale è rimasto in questi nove anni.

Gli effetti dell'aloperidolo, in questo caso, furono «miracolosi», ma ciò avvenne solo quando il miracolo fu reso possibile. Gli effetti iniziali per poco non furono catastrofici; in parte indubbiamente su base fisiologica, ma anche perché ogni «guarigione», o affrancamento dalla sindrome di Tourette, a quell'epoca sarebbe stato prematuro ed economicamente impossibile. Ray soffriva della sua sindrome dall'età di quattro anni e quindi non aveva nessuna esperienza di una qualsiasi vita normale: era totalmente dipendente dalla sua insolita malattia e non stupisce che la usasse e sfruttasse in vari modi. Non era pronto a rinunciare alla sua sindrome e (non posso fare a meno di pensarlo) può darsi che non lo sarebbe mai stato senza quei tre mesi di intensa preparazione, di analisi e riflessioni durissime e profonde che richiesero uno sforzo di concentrazione tremendo.

Per Ray questi ultimi nove anni sono stati, nell'insieme, felici: una liberazione al di là di ogni possibile aspettativa. Dopo vent'anni di restrizioni a causa della sindrome di Tourette e delle più svariate costrizioni imposte dalla sua crudele fisiologia, egli ora gode di un respiro e di una libertà che non avrebbe mai ritenuto possibili (o al massimo, durante la nostra analisi, solo teoricamente possibili). Il suo matrimonio è affettuoso e saldo, e ne è nato anche un figlio. Ha molti amici che gli vogliono bene e lo stimano come persona, e non semplicemente come uno straordinario clown tourettico; è un membro attivo della sua comunità e nel lavoro riveste una carica di responsabilità. Ma restano alcuni problemi, problemi forse inseparabili dall'essere un tourettico, e dall'assunzione di aloperidolo.

Sul lavoro e durante la settimana lavorativa Ray, sotto l'azione dell'aloperidolo,

rimane «calmo, composto, perbene», come egli descrive il suo «io aloperidolico». É lento e ponderato nei movimenti e nei giudizi, senza l'insofferenza e l'impetuosità che mostrava prima del trattamento, ma anche senza nessuna delle sue sfrenate improvvisazioni e ispirazioni. Anche i suoi sogni sono di qualità diversa: «puro e semplice appagamento di desiderio, » dice «senza nessuna delle elaborazioni, degli eccessi della sindrome di Tourette». É meno acuto, ha la risposta meno pronta, non è più spumeggiante di tic spiritosi o di spirito «ticchico». Non si diverte né eccelle più nel ping-pong e in altri giochi; non avverte più «quell'impellente istinto omicida, l'istinto di vincere, di battere l'altro»; è meno competitivo, dunque, e anche meno giocoso; ha perso l'impulso, o l'abilità, di compiere quelle improvvise mosse «*frivole*» che coglievano tutti di sorpresa. Ha perso le sue oscenità, la sua scurrile faccia tosta, la sua «grinta». Avverte sempre di più che qualcosa è andato perduto.

Ma l'aspetto più importante e più «incapacitante», perché riguarda una cosa che era vitale per lui, come sostentamento e come espressione della sua creatività, è stata la scoperta che l'aloperidolo «attutiva» e banalizzava il suo talento musicale; era sempre un buon batterista, ma mancava di energia, di entusiasmo, di esuberanza, di gioia. Non aveva più tic, non gli veniva più l'impulso di colpire la batteria, ma nemmeno conosceva più le ondate di sfrenata creatività.

Quando questo gli fu chiaro, Ray ne discusse con me e prese un'importante decisione: avrebbe fatto «diligente» uso di aloperidolodurante la settimana lavorativa, ma nel fine settimana avrebbe interrotto l'assunzione e si sarebbe «sfogato». E così fa da tre anni. Adesso ci sono due Ray, quello che prende l'aloperidolo e quello che non lo prende. Da lunedì a venerdì c'è il sobrio cittadino, l'uomo calmo e ponderato; il sabato e la domenica c'è il «Ray dei mille tic», frivolo, frenetico, ispirato. É una strana situazione, e Ray è il primo ad ammetterlo:

«La sindrome di Tourette ti mette su di giri, è come essere sempre ubriachi. L'aloperidolo ti intorpidisce, ti rende assennato e sobrio, e nessuno dei due stati è veramente libero...Voi “normali” che nel vostro cervello avete sempre i trasmettitori giusti al posto giusto, e al momento giusto, avete sempre a disposizione tutti i sentimenti, tutti gli stili: gravità, esaltazione, tutto quello che il momento richiede. Noi tourettici no: siamo costretti all'esaltazione dalla nostra sindrome e costretti alla serietà quando prendiamo l'aloperidolo. Voi siete liberi, avete un equilibrio naturale: noi dobbiamo cavarcela come meglio possiamo con un equilibrio artificiale».

Ray se la cava, e ha una vita piena, malgrado la sindrome di Tourette, l'aloperidolo, la «mancanza di libertà» e l' «artificio», e benché sia stato privato di quel diritto alla libertà naturale di cui gode la maggior parte di noi. Ma ha imparato dalla sua malattia e, in un certo modo, l'ha trascesa. Direbbe con Nietzsche: «Ho attraversato molti tipi di salute, e continuo a farlo...E quanto alla malattia: non siamo piuttosto tentati di chiederci se potremmo davvero farne a meno? Solo il grande dolore è il liberatore ultimo dello spirito». Paradossalmente Ray, privato della salute fisiologica naturale e animale, ha trovato una nuova salute, una nuova libertà attraverso le vicissitudini cui è soggetto. Ha raggiunto quello che Nietzsche amava chiamare la «Grande Salute»: un raro senso dell'umorismo, coraggio e spirito di adattamento; e questo nonostante sia afflitto dalla sindrome di Tourette. O forse proprio per questo.

XI

LA MALATTIA DI CUPIDO

Qualche tempo fa si presentò alla nostra clinica Natasha K. , una sveglia novantenne, la quale ci raccontò come subito dopo il suo ottantottesimo compleanno avesse notato «un cambiamento». Che tipo di cambiamento? chiedemmo.

«Un cambiamento fantastico!» esclamò lei. «Una meraviglia! Mi sentivo più energica, più viva...mi sentivo tornata giovane. Ho cominciato a interessarmi ai giovanotti, a sentirmi, come dire, "pimpante": ecco, sì, pimpante».

«E questo costituiva un problema? ».

«No, non sulle prime. Mi sentivo bene, *veramente* bene: perché dovevo pensare che qualcosa non andasse? ».

«E poi? ».

«Poi i miei amici incominciarono a preoccuparsi. Dapprima dissero: "Hai un'aria raggiante, si direbbe quasi che tu sia entrata in una nuova vita!", ma poi incominciarono a pensare che la cosa fosse un po'...sconveniente. "Sei sempre stata così timida" dissero "e adesso ti metti a fare la civetta. Quelle tue risatine, le storielle che racconti...alla tua età, ti pare che stia bene? ».

«E lei? ».

«Io naturalmente ci sono rimasta. Mi ero lasciata trasportare e non avevo pensato di chiedermi che cosa stesse succedendo. Ma a quel punto ho cominciato a riflettere. Mi son detta: "Natasha, hai ottantanove anni e questa faccenda ormai dura da un anno. Sei sempre stata così schiva nei tuoi sentimenti, e adesso questa stravaganza! Sei vecchia, sei vicina alla fine. Che cosa può giustificare questa improvvisa euforia? ". E non appena pensai all'euforia, la faccenda assunse un nuovo aspetto..."Sei malata, cocca" mi dissi. "Ti senti troppo bene, devi per forza essere malata!"».

«Malata? Una malattia emotiva? Psichica? »

«No, non emotiva: fisica. Era qualcosa nel mio corpo, nel mio cervello, che mi faceva sentire su di giri. E poi ho pensato: accidenti, è la malattia di Cupido!».

«La malattia di Cupido? » feci eco senza capire. Non ne avevo mai sentito parlare. «Sì, la malattia di Cupido...la sifilide, no? Circa settant'anni fa ero in un bordello, a Salonicco, e mi presi la sifilide: un sacco di ragazze ce l'aveva, la chiamavamo malattia di Cupido. Fu mio marito a salvarmi: mi tirò fuori e mi fece curare. La penicillina naturalmente era ancora di là da venire. É possibile che mi abbia riacchiappato, dopo tutti questi anni? ».

Fra l'infezione primaria e la comparsa della neurosifilide può esservi un periodo di latenza lunghissimo, specialmente se l'infezione primaria è stata repressa, non eliminata. Ho avuto un paziente, curato da Ehrlich in persona col Salvarson, il quale sviluppò una tabe dorsale (una forma di neurosifilide) più di cinquant'anni dopo.

Ma non avevo mai sentito parlare di un intervallo di settant'anni, né di

un'autodiagnosi di sifilide cerebrale formulata con tanta calma e lucidità.

«É un'ipotesi straordinaria» risposi dopo un momento di riflessione. «Non mi sarebbe mai venuta in mente, ma forse lei ha ragione».

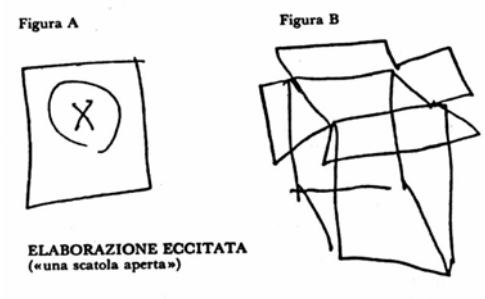
E l'aveva davvero. Il liquido spinale risultò positivo: aveva la neurosifilide, erano proprio gli spirocheti a stimolare la sua vecchissima corteccia cerebrale. A questo punto sorse la questione della cura. Ma qui si presentò un altro dilemma, avanzato con tipica acutezza dalla stessa signora K. «Non so se voglio essere curata» disse. «É una malattia, lo so, ma mi ha fatto sentire bene. É stata un'esperienza molto piacevole, e lo è tuttora, non voglio negarlo. Erano vent'anni che non mi sentivo così viva, così pimpante. É stato divertente. Ma so quando una cosa bella supera i limiti e smette di essere bella. Ho avuto dei pensieri, degli impulsi, non voglio dire quali, ma erano...be', imbarazzanti e assurdi. All'inizio era come essere un po' brilla, un po' su di giri, ma se va avanti ancora un po'...». Mimò un'idiota spastica e sbavante. «Ho capito che avevo la malattia di Cupido, e così sono venuta da lei. Non voglio che peggiori, sarebbe orribile; ma non voglio guarire, perché sarebbe brutto anche questo. Prima di questo pizzicorino, non mi sentivo pienamente viva. Non potrebbe far qualcosa che mantenga tutto com'è? ».

Riflettemmo per un po', e per fortuna individuammo con chiarezza la nostra linea di cura. Le abbiamo somministrato della penicillina, che ha ucciso gli spirocheti, ma non possiamo fare nulla per annullare i cambiamenti avvenuti a livello cerebrale, che provocavano le sue disinibizioni.

Ora la signora K. ha ottenuto entrambe le cose: prova una blanda e piacevole disinibizione, una liberazione del pensiero e dell'impulso, senza che vi sia alcuna minaccia di perdita dell'autocontrollo o di un ulteriore danno alla corteccia. E spera, così rianimata, ringiovanita, di vivere fino a cent'anni. «É buffo, » dice «ma bisogna dire che Cupido ci sa fare».

Post scriptum

Recentemente (nel gennaio 1985) ho visto alcuni analoghi dilemmi e ironie in un altro paziente (Miguel O.), ricoverato all'ospedale di Stato con la diagnosi di «mania», ben presto corretta in quella di neurosifilide alla fase di eccitazione. Era un uomo semplice, che a Portorico faceva il bracciante; un lieve impedimento nella parola e nell'udito gli rendeva difficile esprimersi bene col linguaggio, ma riusciva a illustrare, a esibire la sua situazione con semplicità e chiarezza nel disegno.



La prima volta che lo vidi era molto eccitato e quando gli chiesi di copiare una figura assai semplice, (Figura A) egli produsse con grande verve un'elaborazione

tridimensionale (Figura B)- tale almeno la giudicai, finché lui mi spiegò che era «una scatola di cartone aperta», e poi cercò di disegnarvi dentro dei frutti. Impulsivamente, ispirato dalla sua fantasia eccitata, aveva ignorato il cerchio e la croce, ma aveva conservato e concretizzato l'idea di «recinzione». Una scatola aperta, una scatola piena di arance, non era forse molto meglio, non era più viva, più reale, del mio squallido disegno?

Lo rividi alcuni giorni dopo, pieno di energia, attivissimo, euforico: i pensieri e le emozioni gli sfuggivano come aquiloni presi da una raffica di vento. Gli chiesi di disegnare la stessa figura. E questa volta, di getto, senza fermarsi un istante, trasformò l'originale in una figura trapezoidale, in un rombo allungato, poi vi attaccò un filo, e infine aggiunse un bambino. (Figura C) «Un bambino con l'aquilone, aquiloni che volano!» esclamò eccitato.

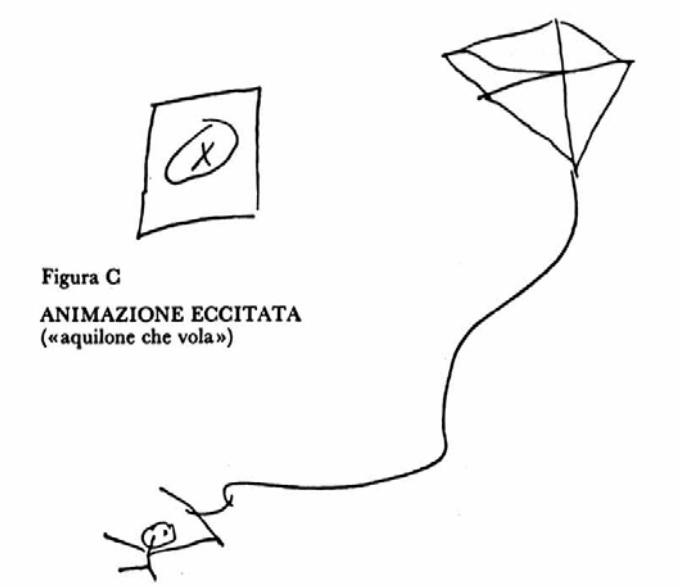


Figura C

ANIMAZIONE ECCITATA
(«aquilone che vola»)

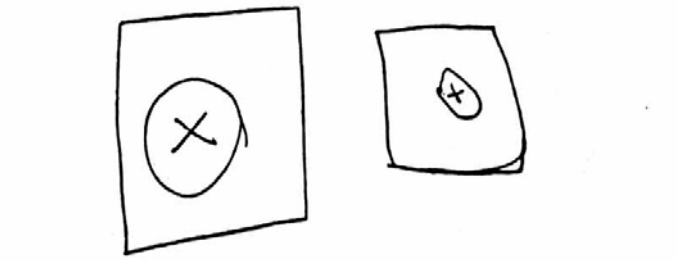


Figura D

SOTTO FARMACI, IN CURA
Fantasia e animazione sono scomparse

Lo vidi per la terza volta di lì a qualche giorno e lo trovai un po' abbattuto, piuttosto parkinsonizzato (gli avevamo somministrato aloperidolo per sedarlo in attesa degli esami conclusivi del liquido spinale). Gli chiesi ancora di disegnare la stessa figura, e questa volta la copiò piattamente tale e quale, solo un po' più piccola (la «micrografia» dell'aloperidolo), senza le elaborazioni, l'animazione e la fantasia delle copie precedenti. (Figura D) «Non "vedo" più niente» disse. «Prima sembrava tutto così reale, così vivo. Perché quando mi danno le medicine tutto pare morto? ».

Troviamo un'istruttiva analogia nei disegni dei pazienti affetti da parkinsonismo «svegliati» dalla L-dopa. Richiesto di disegnare un albero, il parkinsoniano tende a disegnare uno stecco smilzo e misero, un albero invernale senza traccia di fogliame. A mano a mano che egli «si riscalda», «si rianima», è eccitato dalla L-dopa, l'albero acquista robustezza, vita, fantasia - e foglie. Se l'eccitazione da L-dopa sale troppo, l'albero può assumere forme e contorni fantasticamente ornati ed esuberanti: butta nuovi rami, si copre di una chioma rigogliosa fatta di tanti piccoli arabeschi, volute e riccioli, finché la forma originale non scompare del tutto sotto un'imponente elaborazione barocca. Disegni simili sono anche piuttosto caratteristici della sindrome di Tourette - la forma, il pensiero originali si perdono in una giungla di ornamenti - e nella cosiddetta *speed-art* dell'anfetaminismo. L'immaginazione viene dapprima risvegliata, poi eccitata e resa frenetica, fino ad arrivare a un eccesso inarrestabile.

Che paradosso, che crudeltà, che ironia in tutto ciò, in una vita interiore e un'immaginazione immerse in un grigio torpore che solo un'ebbrezza artificiale o una malattia possono spezzare! Proprio questo paradosso era al centro di *Awakenings*, un paradosso che è anche responsabile della seduzione esercitata dalla sindrome di Tourette (si vedano i capitoli X e XIV) e certo della peculiare incertezza con cui si guarda a una droga come la cocaina (che come si sa, analogamente alla L-dopa o alla sindrome di Tourette, aumenta la dopamina del cervello). Di qui anche il sorprendente commento di Freud sulla cocaina: il senso di benessere e di euforia da essa indotto «...non differisce in alcun modo dalla normale euforia della persona sana...In altre parole, si è del tutto normali, e ben presto è difficile credere di essere sotto l'effetto di una droga».

La stessa valutazione paradossale può riguardare le stimolazioni elettriche del cervello: esistono epilessie che hanno effetto eccitante e danno assuefazione - e che possono essere autoindotte ripetutamente da coloro che ne vanno soggetti (così come i ratti cui siano stati impiantati elettrodi cerebrali stimolano compulsivamente i «centri di piacere» del proprio cervello); ma vi sono altre epilessie che portano pace e benessere autentico. Lo stato di benessere può essere autentico anche se la causa è una malattia. E questo benessere paradossale porta a volte persino un beneficio duraturo, come nel caso della signora O. C. e della sua strana «reminiscenza» convulsiva (capitolo XV, «Reminiscenza»).

Qui ormai navighiamo in acque sconosciute, dove può accadere di dover capovolgere tutte le solite considerazioni, dove la malattia può essere benessere e la normalità malattia, dove l'eccitazione può essere schiavitù o liberazione e dove la realtà può trovarsi nell'ebbrezza, non nella sobrietà. É veramente il regno di Cupido e di Dioniso.

XII

UNA QUESTIONE DI IDENTITA'

«Che cosa le do, oggi? » dice sfregandosi le mani. «Due etti di crudo? Un po' di affumicato? ».

(Evidentemente mi vedeva come un cliente; spesso rispondeva al telefono del reparto con un: «Gastronomia Thompson»).

«Oh, signor Thompson!» esclamo io. «Per chi mi prende? ».

«Buon Dio, con questa luce non ci si vede proprio: ti avevo scambiato per un cliente, caro il mio vecchio Tom! Io e l'amico Tom Pitkins» sussurra all'infermiera «andavamo sempre alle corse insieme».

«Si sbaglia di nuovo, signor Thompson».

«Eh già» continua lui, per niente turbato. «Perché porteresti un grembiule bianco se fossi Tom? Sei Hymie, il macellaio kasher qui di fianco. Però non hai macchie di sangue sul grembiule. Pochi affari, oggi? Alla fine della settimana sembrerai uscito da un mattatoio!». Sentendomi anch'io quasi risucchiato in questo vortice di identità, giocherello con lo stetoscopio che mi ciondola dal collo.

«Uno stetoscopio!» esplode Thompson. «E vuoi far credere di essere Hymie! Adesso voi meccanici vi date arie di dottori, coi vostri camici bianchi e gli stetoscopi! Lo usate per auscultare le auto, lo stetoscopio? E così sei il mio vecchio amico Manners del distributore Mobil qui all'angolo. Be', entra che ti do il tuo panino con la mortadella...».

William Thompson si sfregò ancora le mani, da perfetto salumiere, e cercò con lo sguardo il banco. Non trovandolo, mi sbirciò di nuovo con aria strana.

«Dove sono? » chiese, con un lampo di sgomento negli occhi. «Credevo di essere nel mio negozio, dottore. Devo essermi distratto...Vuole che mi tolga la camicia per auscultarmi, come al solito, vero? ».

«No, non come al solito. Non sono il suo solito dottore».

«É vero, non lo è. L'ho capito subito. Lei non è il solito dottore che viene a tamburellarmi sul torace. E poi, perdio, lei ha la barba! Sembra Sigmund Freud. Non sarò mica diventato matto? ».

«No, signor Thompson. Non è diventato matto. C'è solo un piccolo problema di memoria, una difficoltà a ricordare e riconoscere le persone».

«É un po' che la memoria mi gioca qualche scherzo» ammise. «A volte mi sbaglio, scambio una persona per l'altra...Be', che cosa le do? Affumicato o crudo? ».

Succedeva così ogni volta, con qualche variazione, con improvvisazioni, sempre rapide, spesso buffe, a volte brillanti e tutto sommato tragiche. Nel giro di cinque minuti il signor Thompson mi identificava - mi pseudoidentificava, mi confondeva - con una dozzina di persone diverse. Galoppava disinvoltamente da una supposizione, un'ipotesi, una convinzione all'altra, senza mai mostrare la minima incertezza - non sapeva mai chi io fossi o che cosa e dove fosse lui: un ex salumiere,

con una grave sindrome di Korsakov, ricoverato in una clinica neurologica.

Non ricordava nulla per più di qualche secondo.

Era costantemente disorientato, costantemente sull'orlo di abissi di amnesia che però scavalcava agilmente lanciandosi in chiacchierate e fantasie di ogni sorta. Ma per lui non erano fantasie, bensì il modo in cui all'improvviso vedeva o interpretava il mondo. Non potendone tollerare, o ammettere, nemmeno per un istante, il flusso e l'incoerenza intrinseci li sostituiva con questa strana e delirante quasi-coerenza, e con il suo fuoco di fila di invenzioni sempre nuove, incessanti, inconsce, improvvisava di continuo un mondo attorno a sé: un mondo da mille e una notte, una fantasmagoria, un sogno, di persone, figure, situazioni sempre diverse, in continue mutazioni e trasformazioni caleidoscopiche. Per il signor Thompson, tuttavia, questo non era un tessuto di sempre nuove fantasie e illusioni evanescenti, bensì un mondo affatto normale, stabile e concreto. Per lui non c'era nessun problema.

Una volta il signor Thompson uscì a fare un giretto; all'uscita principale diede il nome di « Reverendo William Thompson», chiamò un taxi e si prese un giorno di libertà. Il tassista, con cui parlammo in seguito, disse di non aver mai avuto un passeggero così simpatico. Il signor Thompson gli aveva raccontato una storia dopo l'altra, storie personali straordinarie, piene di avventure fantastiche. «Sembrava che fosse stato dappertutto, avesse fatto di tutto, incontrato tutti. Stentavo a credere che in una sola vita si potessero fare tutte quelle cose» disse. «Non è esattamente una sola vita» rispondemmo. «É una faccenda molto strana, una questione d'identità». [15] (1)

Jimmie G. , un altro paziente con sindrome di Korsakov che ho già ampiamente descritto (capitolo II), a quell'epoca era da molto tempo «sbollito» e pareva essersi stabilizzato in uno stato di smarrimento permanente (o forse di sogno odi reminiscenza di un passato che aveva tutta la parvenza di un presente). Ma il signor Thompson, che aveva da poco lasciato l'ospedale - la sua sindrome di Korsakov era esplosa solo tre settimane prima, con febbre alta, delirio e incapacità di riconoscere i familiari -, era ancora «in bollore», era ancora in un delirio di loquacità quasi frenetica (del tipo a volte chiamato «psicosi di Korsakov», benché in realtà non sia affatto una psicosi) e creava di continuo un mondo e un sé in sostituzione di ciò che andava di continuo dimenticato e perduto. Una frenesia del genere può mettere in evidenza capacità inventive e fantastiche eccezionali, un vero e proprio genio dell'invenzione, poiché un tale paziente *deve letteralmente inventare se stesso (e il proprio mondo) ad ogni istante.* Ognuno di noi ha una storia del proprio vissuto, un racconto interiore, la cui continuità, il cui senso *è* la nostra vita. Si potrebbe dire che ognuno di noi costruisce e vive un «racconto», e che questo racconto *è* noi stessi, la nostra identità.

Se vogliamo sapere qualcosa di un uomo, chiediamo: «Qual è la sua storia, la sua storia vera, intima? », poiché ciascuno di noi *è* una biografia, una storia. Ognuno di noi *è* un racconto peculiare, costruito di continuo, inconsciamente da noi, in noi e

[15] Una storia molto simile è riferita da Lurida in Neuropsicologia della memoria (1981): nel suo caso il tassista, affascinato dal suo strano passeggero, si rese conto che era ammalato solo a fine corsa, quando l'altro per pagarlo gli porse il grafico della febbre che aveva in mano. Solo allora si accorse che quell'emulo di Sheherazade, quell'inarrestabile narratore di mille e un racconto, era uno degli «strani pazienti» dell'Istituto neurologico.

attraverso di noi - attraverso le nostre percezioni, i nostri sentimenti, i nostri pensieri, le nostre azioni; e, non ultimo, il nostro discorso, i nostri racconti orali. Da un punto di vista biologico, fisiologico, noi non differiamo molto l'uno dall'altro; storicamente, come racconti, ognuno di noi è unico.

Per essere noi stessi, dobbiamo *avere* noi stessi - possedere, se necessario ripossedere, la storia del nostro vissuto. Dobbiamo «ripetere» noi stessi, nel senso etimologico del termine, rievocare il dramma interiore, il racconto di noi stessi. L'uomo *ha bisogno* di questo racconto, di un racconto interiore continuo, per conservare la sua identità, il suo *sé*.

Questo bisogno narrativo ci dà forse la chiave per spiegare l'affabulazione disperata del signor Thompson, la sua verbosità. Privato di continuità, di un racconto interiore calmo e ininterrotto, egli è spinto a una sorta di frenesia narrativa - di qui, le sue storie incessanti, le confabulazioni, la mitomania. Incapace di conservare un racconto o una continuità autentici, incapace di conservare un autentico mondo interiore, egli è indotto a un proliferare di pseudoracconti, a una pseudocontinuità, a pseudomondi popolati dipseudopersone, fantasmi.

Come vive questa situazione il signor Thompson? A un giudizio superficiale, lo si direbbe un personaggio dalla comicità effervescente. La gente lo trova «un comico nato». Ed effettivamente vi è una buona dose di farsesco in una tale situazione, che potrebbe anzi fornire lo spunto per un romanzo comico. [16]

La situazione è comica, ma oltre che comica è anche terribile. Poiché ci troviamo qui di fronte a un uomo che in un certo senso è disperato, è in preda a una violenta eccitazione. Il mondo scompare continuamente, perde significato, svanisce - e lui deve *cercare* un senso, *costruire* un senso, disperatamente, inventando di continuo, gettando ponti di senso sopra abissi di insensatezza, sopra il caos che si spalanca incessantemente sotto di lui.

Ma il signor Thompson sa tutto questo, lo sente? Dopo averlo definito «un comico nato», «un tipo spassoso», «un mattacchione», la gente trova in lui qualcosa di inquietante, addirittura di spaventoso. «Non si ferma mai» dicono. «É come un uomo in piena corsa, come se cercasse di afferrare qualcosa che gli sfugge sempre». E in effetti egli non può smettere di correre, poiché lo squarcio nella memoria, nell'esistenza, nel significato, non si risana mai, ma deve essere valicato, deve essere "rattoppato", ad ogni istante. E i ponti, le toppe, per quanto geniali, non funzionano - perché *sono* confabulazioni, fantasie, che non possono fare le veci della realtà, e nemmeno riescono a corrispondere ad essa. Se ne accorge, il signor Thompson? Qual è il suo «senso della realtà? ». Prova un continuo tormento, il tormento di un uomo perso nell'irrealtà, che lotta per salvarsi, ma riesce solo a sprofondare sempre di più con incessanti invenzioni e illusioni quanto mai irreali? É un fatto che egli non è

[16] Un tale romanzo è stato scritto davvero. Poco dopo la pubblicazione del «Marinaio perduto» (capitolo II), un giovane scrittore, David Gilman, mi mandò il manoscritto di un suo libro, *Croppy Boy*, la storia di un amnesico come il signor Thompson, che gode della sbrigliata e selvaggia libertà di creare nuove identità, nuovi sé, per puro piacere ma anche per necessità: la stupefacente immaginazione di un genio amnesico, raccontata con una ricchezza e un gusto degni di un Joyce. Non so se sia stato pubblicato: non ho dubbi che lo meriterebbe. Non posso fare a meno di chiedermi se il signor Gilman abbia veramente conosciuto (e studiato) un «Thompson» - così come spesso mi chiedo se il Funes di Borges, così sorprendentemente simile all'uomo che non dimenticava nulla di Lurija, sia stato per caso ispirato da un incontro personale dello scrittore con un tale individuo.

sereno: il suo volto ha costantemente l'espressione tesa e rigida di un uomo sotto una ininterrotta pressione interiore; e ogni tanto, non troppo spesso - e se accade, mascherata- un'espressione di aperto e patetico smarrimento. Ciò che costituisce in un certo senso la sua salvezza e in un altro senso la sua condanna, è la superficialità forzata o difensiva della sua vita, quel suo essere ridotta, in realtà, a una superficie: brillante, fremente, iridescente, cangiante, ma pur sempre una superficie, una massa di illusioni, un delirio, senza profondità.

E con tutto ciò, nessuna sensazione di aver perso la capacità di sentire, il sentimento, nessuna sensazione di aver perso la profondità, quella profondità dai mille strati, insondabile, misteriosa, che in qualche modo definisce l'identità o la realtà. É questo che colpisce chiunque resti a contatto con lui per qualche tempo: sotto la sua loquacità disinvolta, sotto la sua stessa frenesia c'è una strana perdita di sensibilità, di quella sensibilità, o giudizio, che distingue fra «reale» e «irreale», fra «vero» e «non vero» (qui non si può parlare di «menzogne», solo di «non verità»), fra importante e futile, rilevante e irrilevante. Ciò che viene fuori, in modo torrenziale, nella sua continua confabulazione ha, in ultima analisi, una curiosa qualità d'indifferenza...come se quello che lui dice o quello che dicono o fanno gli altri tutto sommato non avesse nessuna importanza; come se nulla importasse veramente più.

Un esempio lampante di ciò si ebbe un pomeriggio, allorché William Thompson, nel bel mezzo di una chiacchierata a ruota libera su tutta una serie di persone improvvisate sul momento, disse guardando fuori della finestra: «Ecco là mio fratello Bob», con lo stesso tono eccitato e insieme monotono e indifferente di tutto il suo monologo. Rimasi senza parole quando, un minuto dopo, da dietro la porta fece capolino un uomo e disse: «Sono Bob, suo fratello. Credo che mi abbia visto mentre passavo davanti alla finestra». Niente nel tono o nei modi di William, nello stile esuberante, ma sempre uguale e indifferente del suo monologo, mi aveva preparato alla possibilità di...della realtà. William aveva parlato di suo fratello, che era reale, esattamente con lo stesso tono, o mancanza di tono, con cui aveva parlato dell'irreale - e ora, all'improvviso, dai fantasmi, sorgeva una figura reale! Ma non era finita: egli non trattò il fratello come «reale», non mostrò alcuna reale emozione, non fu minimamente orientato nel suo delirio, né da esso distolto; anzi, trattò istantaneamente il fratello come irreale, cancellandolo, perdendolo in un ulteriore vortice di delirio: un incontro radicalmente diverso dai rari ma commoventi incontri di Jimmie G. (si veda il capitolo II) con suo fratello, durante i quali egli ritrovava se stesso. Il povero Bob era vivamente sconcertato: «Sono Bob, non Rob, non Dob» diceva inutilmente. In mezzo a tutte le confabulazioni - forse resisteva ancora (o riaffiorava per un istante) qualche filo di memoria, un ricordo di parentela, una traccia d'identità - William parlò del fratello *maggiore*, George, usando come faceva invariabilmente, il tempo presente.

«Ma George è morto da diciannove anni!» disse Bob sbalordito.

«Eh sì, George è il solito burlone!» ribatté William, e apparentemente sordo o indifferente al commento di Bob, continuò a chiacchierare di George nella stessa maniera eccitata e insieme spenta, insensibile alla verità, alla realtà, all'esattezza, a tutto - insensibile anche all'evidente angoscia del fratello vivo che gli stava dinanzi.

Fu questo, più di ogni altra cosa, a convincermi che in William c'era una perdita estrema e totale della realtà interiore, del sentimento e del significato, dell'anima, e a indurmi a fare alle infermiere la stessa domanda che avevo fatto a proposito di Jimmie G. : «Credete che William abbia un'anima? Oppure è stato "svuotato", de-animato dalla sua malattia? ».

Questa volta, tuttavia, la domanda sembrò turbarle, come se un pensiero simile si fosse già affacciato alla loro mente - non potevano dire: «Giudichi da solo. Osservi Willie in chiesa», perché le sue spiritosaggini, le sue confabulazioni continuavano anche lì. C'è in Jimmie G. un forte pathos, un triste senso di perdita, che non si avverte, almeno non direttamente, nell'effervescente signor Thompson. Jimmie ha stati d'animo e una specie di meditabonda (o struggente) tristezza, una profondità, un'anima, che non sembrano presenti nel signor Thompson. Questi aveva indubbiamente un'anima, come dicevano le infermiere, un'anima immortale, in senso teologico; poteva essere visto e amato come individuo dall'Onnipotente; ma esse erano d'accordo nel dire che a lui, al suo spirito, al suo carattere, nell'accezione comune, umana, del termine, era accaduto qualcosa di molto inquietante.

Jimmie può essere riscattato o ritrovato, almeno per un certo tempo, nell'ambito di un'autentica relazione affettiva, proprio *perché* è perduto. Jimmie è disperato, di una disperazione tranquilla (per usare o adattare un termine kierkegaardiano) e perciò ha la possibilità di trovare la salvezza, di toccare, anche se fuggevolmente, il fondamento della realtà, il sentimento e il significato che ha perduto, ma che ancora riconosce e per i quali ancora si strugge...

Ma per William, con la sua superficie brillante e aggressiva, lo scherzo ininterrotto con cui egli sostituisce il mondo (e se esso copre una disperazione, è una disperazione che egli non sente), per William, con la sua palese indifferenza verso i rapporti e la realtà afferrata in una verbosità senza fine, non può esservi assolutamente nulla che lo «riscatti» - poiché le sue confabulazioni, le sue apparizioni, la sua frenetica ricerca di significati sono l'estrema barriera che impedisce qualsiasi significato.

Paradossalmente, allora, il grande talento di William per la confabulazione - un talento che è stato portato alla luce per superare di slancio l'abisso sempre spalancato dell'amnesia - il grande talento di William è anche la sua condanna. Se solo *tacesse* per un istante, viene da pensare; se solo potesse arrestare quell'insulso blaterare; se solo potesse rinunciare all'ingannevole superficie delle illusioni - allora, allora sì che la realtà potrebbe scendere in lui, che qualcosa di autentico, qualcosa di profondo, di vero, di sentito potrebbe penetrare nella sua anima.

Poiché qui, in definitiva, la vittima «esistenziale» non è la memoria (anche se essa *è* completamente devastata); in lui non c'è stata solo un'alterazione della memoria, c'è stata anche la perdita di una qualche capacità ultima di sentire; in questo senso, appunto, egli è «de-animato».

Lurija chiama questa indifferenza «livellamento» - e a volte pare considerarla la patologia ultima, che distrugge definitivamente ogni mondo, ogni sé. Ho l'impressione che essa eserciti su di lui il fascino dell'orrore, e che costituisca anche la massima sfida terapeutica. Egli torna di continuo sull'argomento, a volte in relazione alla sindrome di Korsakov e alla memoria, come in *Neuropsicologia della*

memoria, più spesso in relazione alle sindromi del lobo frontale, specialmente in *Il cervello umano e i processi psicologici,* che contiene varie descrizioni complete di casi in tutto paragonabili, nella loro terribile coerenza e vigore, a quello dell' «uomo che ha perduto il suo mondo» - paragonabili e, in un certo senso, ancora più spaventosi, perché descrivono pazienti che non si rendono conto di quanto è loro successo, pazienti che hanno perduto la loro realtà senza saperlo, pazienti che forse non soffrono, ma che forse sono i più «perduti» di tutti. In *Un mondo perduto e ritrovato* Zasetskij è costantemente descritto come un *lottatore*, sempre consapevole (persino appassionatamente) del proprio stato, sempre in lotta «con la tenacia dei dannati per riacquistare l'uso del suo cervello leso. Ma William (come i pazienti di Lurija con lesioni al lobo frontale, di cui parlo nel prossimo capitolo) è così «dannato» che non si rende conto della sua condanna, poiché il danno ha colpito non semplicemente una o alcune facoltà, ma la cittadella, il sé, l'anima stessa. In questo senso William, pur con tutta la sua verve, è molto più «perduto» di Jimmie; non si ha mai, o quasi mai, l'impressione che qui rimanga una *persona*, mentre in Jimmie esiste chiaramente un essere reale, morale, pur se sconnesso per la maggior parte del tempo. In Jimmie, se non altro, la ri-connessione è possibile - la sfida terapeutica può essere riassunta con un «L'importante è collegare, connettere».

Tutti i nostri sforzi per «ri-connettere» William falliscono, o addirittura accrescono la sua urgenza di confabulare. Ma quando vi rinunciamo e lo lasciamo tranquillo, a volte egli va a passeggiare nel giardino che circonda la clinica, un luogo calmo e privo di stimoli, e lì, in pace, egli ritrova la propria pace. La presenza degli altri, della gente, lo eccita, lo esalta, lo costringe a un chiacchiericcio interminabile, a un vero e proprio delirio di creazione e ricerca di una identità; la presenza delle piante, la quiete del giardino, con il suo ordine non umano che non gli impone obblighi umani o sociali, fanno sì che questo delirio d'identità possa allentarsi, possa placarsi; e con la serenità della loro autosufficienza e completezza non umane gli consentono di raggiungere una rara serenità e una autosufficienza, offrendogli (su un piano sottostante o trascendente ogni identità e rapporto meramente umani) una profonda e muta comunione con la Natura stessa, e con questo gli restituiscono il senso di essere nel mondo, di essere reale.

XIII

SI', PADRE-SORELLA

La signora B. , ex ricercatrice in un laboratorio chimico, aveva manifestato un rapido mutamento della personalità: era diventata «spiritosa» (pungente, sempre pronta alla battuta e ai giochi di parole), impulsiva- e «superficiale» («Dà l'impressione che non le importi niente degli altri» disse un suo amico. «Pare che non le importi più niente di niente»). Dapprima si pensò a una possibile ipomania, ma la diagnosi finale fu tumore cerebrale. La craniotomia rivelò non un meningioma, come si sperava, bensì un enorme carcinoma che interessava i lati orbita frontali di entrambi i lobi frontali.

Quando la incontrai mi parve euforica, imprevedibile - una «mattacchiona», come la chiamavano le infermiere-, inesauribile nelle battute di spirito e nei giochi di parole, spesso arguti e divertenti.

«Sì, padre» mi disse una volta.

«Sì, sorella» una seconda volta.

«Sì, dottore» una terza.

Pareva usare i termini intercambiabilmente.

«Insomma, che cosa sono? » chiesi dopo un po', irritato.

«Vedo la sua faccia, la sua barba, » disse «e penso a un sacerdote archimandrita. Vedo la sua uniforme bianca, e penso alle infermiere. Vedo il suo stetoscopio, e penso a un dottore».

«Non mi guarda tutto quanto, nell'insieme? ».

«No, tutto quanto no».

«Lei sa la differenza fra un prete, una sorella e un dottore? ».

«*Conosco* la differenza, ma per me non significa niente. Prete, sorella, dottore...e allora? ».

Da quel giorno cominciò a dire in tono di presa in giro: «Sì, padre-sorella. Sì, sorella-dottore» e altre combinazioni.

Era difficile sottoporla a un test di discriminazione destra-sinistra, perché diceva indifferentemente destra o sinistra (sebbene nella reazione non avvenisse alcuna confusione fra i due lati, come avviene quando vi è un difetto lateralizzante di percezione o di attenzione). Quando glielo feci notare, disse: «Sinistra-destra. Destra-sinistra. Quante storie! Dov'è la differenza? ».

«Ma la differenza c'è o no? » chiesi.

«Certo che c'è» disse, con la precisione del chimico. «Si potrebbero dire *enantiomorfe* l'una dell'altra. Ma per *me* non significano nulla. Per me non c'è nessuna differenza. Mani...dottori...sorelle...» aggiunse, vedendo il mio sconcerto. «Non capisce? Per me non significano nulla, nulla. *Nulla significa qualcosa*...almeno per me».

«E...questo non significare nulla...» esitai, timoroso a proseguire. «Questa

mancanza di significato...la disturba? Significa qualcosa per lei, *questo*? ».

«Un bel nulla» rispose pronta, con un sorriso allegro e il tono di chi fa una battuta, di chi riesce ad avere la meglio in una discussione o a vincere a poker.

Era un diniego? Una bravata? Era la «copertura» di una qualche emozione insostenibile? Il suo viso non tradiva alcunché di più profondo. Il suo mondo era stato svuotato di sentimento e significato. Non vi era più nulla che venisse avvertito come «reale» (o «irreale»). Tutto era ormai «equivalente» o «uguale»: il mondo intero si era ridotto a una comica insignificanza.

Trovai la cosa abbastanza sconvolgente - e, come me, i suoi amici e familiari. Lei invece, benché non priva di lucidità, non se ne curava, rimaneva indifferente, mostrava persino una non chalance o una leggerezza insieme buffe e spaventose.

La signora B. , sebbene dotata di acuta intelligenza, era in qualche modo assente come persona - «de-animata». Mi ricordava William Thompson (e anche il dottor P.). Questo è l'effetto del «livellamento» descritto da Lurija che abbiamo visto nel capitolo precedente e vedremo anche nel prossimo.

Post scriptum

Il genere di scherzosa indifferenza e di «livellamento» mostrato da questa paziente non è infrequente: i neurologi tedeschi la chiamano *Witzelsucht* (come dire «spiritosite»), e Hughlings Jackson, un secolo fa, l'ha riconosciuta come una forma fondamentale di «dissoluzione» nervosa. Rara è invece la lucidità, che va persa con il progredire della «dissoluzione» - e forse è una fortuna. Ogni anno vedo numerosi casi con una fenomenologia simile ma eziologie diversissime. Qualche volta non sono subito in grado di dire se il paziente stia solo «facendo lo spiritoso», il buffone, o se sia schizofrenico. Scegliendo a caso, trovo nei miei appunti su una paziente con sclerosi multipla cerebrale da me visitata nel 1981 (un caso che purtroppo non potei tenere sotto osservazione) i seguenti commenti:

«La paziente parla molto velocemente, d'impulso, e (pare) senza discriminazione...cosicché l'importante e il banale, il vero e il falso, il serio e lo scherzoso sgorgano in un flusso rapido, non selettivo, quasi confabulatorio...Può contraddirsi completamente nel giro di pochi secondi...Dirà di amare la musica, di non amarla, di avere un femore spezzato, di non averlo...».

Concludevo la mia osservazione su una nota d'incertezza:

«Quanto di tutto ciò è confabulazione-criptoamnesia, quanto livellamento-indifferenza dovuto a lesione del lobo frontale, quanto una qualche strana disintegrazione e frammentazione-appiattimento dovuta a schizofrenia? ».

Di tutte le forme di «schizofrenia», quella dell' «allegro stupido», la cosiddetta «ebefrenia», è la più somigliante alla sindrome di amnesia organica e alla sindrome frontale, che sono le più perniciose e le meno immaginabili: nessuno ne ha mai fatto ritorno per descrivercele.

In tutti questi stati, per «buffi» e spesso ingegnosi che possano apparire, il mondo è distrutto, smantellato, ridotto all'anarchia e al caos. La mente perde il suo «centro», anche se può conservare intatte le sue facoltà intellettuali formali. Il punto finale di tali stati è un baratro di «stupidità», un abisso di superficialità nel quale ogni

cosa è sradicata, vaga qua e là e si disfa. Una volta Lurija disse che in questi stati la mente è ridotta a «puro movimento browniano». Condivido quella specie di orrore che essi evidentemente gli ispiravano (e che tuttavia, più che di ostacolo, fu d'incitamento a descriverli accuratamente). Mi fanno pensare innanzitutto al Funes di Borges e alla sua osservazione: «La mia memoria, signore, è come un deposito di rifiuti», e infine alla *Dunciad* di Pope, alla visione di un mondo ridotto a Pura Stoltezza, della Stoltezza come Fine del Mondo:

> La tua mano, grande Anarca, fa calare il sipario;
> E la Tenebra Universale seppellisce il Tutto.

XIV

LA POSSEDUTA

In «Ray dei mille tic» (capitolo X) ho descritto una forma relativamente lieve di sindrome di Tourette, ma ho accennato all'esistenza di forme più gravi, «di un grottesco e una violenza assolutamente spaventosi». Ho anche avanzato l'ipotesi che alcune persone riescano ad accogliere la sindrome di Tourette in una personalità spaziosa, mentre altre «possono essere veramente "possedute" e, sotto le spaventose pressioni e il caos degli impulsi tourettici, raramente sono in grado di raggiungere una vera identità».

Lo stesso Tourette e molti clinici del passato riconoscevano una forma maligna di sindrome di Tourette, che poteva disintegrare la personalità e condurre a una forma di «psicosi» o frenesia bizzarra, fantasmagorica, pantomimica e spesso impersonatrice. Questa forma di sindrome di Tourette, di «super-Tourette», è piuttosto rara, forse cinquanta volte più rara della sindrome comune, e può essere qualitativamente diversa, oltre che molto più intensa di ogni altra forma comune della malattia. Questa «psicosi di Tourette», questa singolare frenesia d'identità, è assai diversa dalla psicosi comune, data la fisiologia e la fenomenologia sottostanti, uniche nel loro genere. Ciò nonostante ha affinità, da un lato con le frenetiche psicosi motorie talvolta indotte dalla L-dopa e, dall'altro, con le frenesie confabulatorie della psicosi di Korsakov (si veda sopra, il capitolo XII). E come queste può quasi soffocare la persona.

Il giorno dopo il mio incontro con Ray, il primo tourettico che vedevo, mi si aprirono gli occhi e la mente, come ho già detto, quando nelle strade di New York vidi non meno di tre tourettici - tutti non meno tipici di Ray, benché più appariscenti. Per l'occhio neurologico fu un giorno di visioni. In una serie di rapide vignette vidi concretamente che cosa può significare avere la sindrome di Tourette nella sua forma più grave: non solo tic e convulsioni motorie, ma tic e convulsioni percettive, dell'immaginazione, delle passioni - dell'intera personalità.

Era stato Ray a farmi vedere quello che può accadere per strada. Ma non basta sentirselo raccontare. Bisogna vederlo di persona. E una clinica o un reparto medico non sono sempre il posto migliore per osservare una malattia - almeno non per osservare una turba che, anche se di origine organica, si manifesta in impulsi, imitazioni, impersonificazioni, reazioni e interazioni portati a un grado estremo, quasi incredibile. La clinica, il laboratorio, il reparto sono fatti per frenare e concentrare il comportamento, se non per escluderlo del tutto. Sono fatti per una neurologia sistematica e scientifica, ridotta a esami e compiti ben definiti, non per una neurologia aperta, naturalistica. Questa infatti deve osservare il paziente in situazioni spontanee, quando egli non è consapevole di essere studiato, nel mondo reale, completamente abbandonato allo stimolo e al gioco di ogni impulso; e l'osservatore stesso deve essere inosservato. Che c'è di meglio, a questo scopo, di una

strada di New York: un'anonima strada pubblica di una grande città, dove il soggetto di turbe bizzarre e impulsive può godere ed esibire appieno la mostruosa libertà, o la schiavitù, della propria condizione?

La «neurologia da strada» ha, in realtà, rispettabili precursori. James Parkinson che, come Charles Dickens quarant'anni dopo, amava passeggiare in lungo e in largo per Londra, individuò la malattia che porta il suo nome non nel suo studio ma nelle brulicanti strade londinesi. Il parkinsonismo, anzi, non lo si può osservare e comprendere a fondo all'interno di una clinica; esso ha bisogno di uno spazio aperto che impone una complessa interazione, per rivelare appieno il suo carattere peculiare, i suoi impulsi primitivi, le sue contorsioni, pietrificazioni e perversioni. Deve essere osservato, compreso appieno, nel mondo, e se ciò è vero per il parkinsonismo, tanto più lo deve essere per la sindrome di Tourette. Una straordinaria descrizione in prima persona di un ticqueur imitatore e grottesco in azione nelle strade di Parigi si trova in *Les confidences d'un ticqueur*, che fa da prefazione allo splendido libro di Meige e Feidel, *Les Tics* (1901); Rilke nei *Quaderni di Malte Laurids Brigge* ci dà un breve ritratto di un ticqueur manieristico, anch'egli osservato nelle strade di Parigi. Così, la grande rivelazione per me non fu solo vedere Ray nel mio studio, ma ciò che vidi il giorno seguente. E una scena, in particolare, fu così straordinaria che ancor oggi è vivida nella mia mente come il giorno in cui vi assistetti.

Il mio sguardo fu attratto da una donna sulla sessantina, coi capelli grigi, che a quanto pareva stava suscitando intorno a sé un vero e proprio scompiglio, benché a tutta prima non riuscissi a capire che cosa stesse succedendo, che cosa in lei causasse un simile trambusto. Era un attacco di convulsioni? Che cosa mai la sconvolgeva e insieme con lei, per una sorta di «simpatia» o di contagio, sconvolgeva anche tutti quelli davanti ai quali passava digrignando i denti e producendosi in una serie di tic?

Quando fui più vicino capii. *La donna imitava i passanti*, per quanto «imitare» sia forse un termine troppo scialbo, passivo. Sarebbe piuttosto il caso di dire che metteva in caricatura tutte le persone che incrociava. In un secondo, in una frazione di secondo, li «coglieva» alla perfezione.

Ho visto un'infinità di mimi e di pantomime, di clown e di pagliacci, ma niente eguagliava l'orribile prodigiosità di ciò che stavo vedendo in quel momento: un riflesso speculare praticamente istantaneo, automatico e convulso di ogni viso e di ogni figura. Ma non era una semplice imitazione, cosa che già sarebbe stata straordinaria. La donna non solo assumeva e faceva propri i tratti di innumerevoli persone, ma li distorceva in modo caricaturale. Ogni riproduzione era anche una parodia, una presa in giro, un'esagerazione in sé non meno convulsa che intenzionale, poiché era la conseguenza della violenta accelerazione e distorsione di tutti i suoi movimenti: un sorriso lento, mostruosamente accelerato diventava una violenta smorfia che durava un millisecondo; un gesto ampio, accelerato diventava una mossa convulsa e grottesca.

Nel tempo impiegato a percorrere un breve isolato, la vecchia forsennata fece la caricatura di quaranta o cinquanta passanti, freneticamente, in una raffica di caleidoscopiche imitazioni mai più lunghe di uno o due secondi, a volte anche meno; e tutta la vertiginosa sequenza a sua volta non durava più di due minuti.

E poi c'erano le comiche imitazioni di secondo e terzo grado, perché la gente,

sorpresa, offesa e sconcertata dalle sue imitazioni, reagiva con nuove espressioni comiche che a loro volta venivano ri-riflesse, rimandate, ri-distorte dalla tourettica, suscitando una sorpresa e un'indignazione ancor maggiori. Questa grottesca e involontaria risonanza, o reciprocità, che trascinava *tutti* in un'interazione assurdamente amplificatoria, era la fonte dello scompiglio che avevo notato da lontano. Ma la donna che, diventando tutti, perdeva il proprio sé, diventava nessuno; questa donna dai mille volti, dalle mille maschere e persona e - come doveva sentirsi, lei, in questo turbine d'identità? La risposta non tardò a venire, e fu la benvenuta, poiché la tensione sua e degli altri si stava avvicinando rapidamente al punto di esplosione. Con uno scatto improvviso e disperato la donna svoltò in un vicolo laterale, e lì proprio come se fosse stata colta da un violento attacco di nausea, espulse, spaventosamente accelerati e abbreviati, tutti i gesti, tutti gli atteggiamenti, le espressioni, il contegno, l'intero repertorio comportamentale delle quaranta e più persone che aveva incontrato. Vomitò uno smisurato fiotto pantomimico espellendo così da sé le identità delle ultime cinquanta persone che l'avevano posseduta. E se per assorbirle aveva impiegato due minuti, per liberarsene bastò un unico rigurgito: cinquanta persone in dieci secondi, un quinto di secondo o meno per il repertorio, scorciato nel tempo, di ogni persona.

In seguito avrei passato centinaia di ore a parlare con pazienti affetti da sindrome di Tourette, a osservarli, a farne registrazioni filmate, a imparare da loro. Ma nulla, credo, mi insegnò così tante cose, in modo così immediato, penetrante, travolgente come quei due fantasmagorici minuti in una strada di New York.

In quel momento mi venne da pensare che tali «supertourettici» devono trovarsi, per una stravaganza organica, non certo per colpa loro, in una posizione esistenziale quanto mai straordinaria, anzi unica, che ha alcune analogie con quella di un furioso «superkorsakoviano», ma ovviamente con una genesi (e una meta) affatto diversa. Entrambi possono arrivare all'incoerenza, al delirio d'identità. Il korsakoviano, forse per sua fortuna, non si rende mai conto del suo stato; il tourettico invece ne è consapevole, con un'acutezza atroce, e forse alla fin fine ironica, benché non sempre possa, o voglia, porvi rimedio.

Poiché là dove il korsakoviano è spinto dall'amnesia, dall'assenza, il tourettico è spinto da un impulso bizzarro, un impulso di cui egli è insieme creatore e vittima, che può ripudiare ma non rinnegare. Così, a differenza del korsakoviano, egli è costretto a una relazione ambigua con la propria turba: la sconfigge, non è sconfitto, gioca con essa - una varietà infinita di conflitti e collusioni.

Mancando delle normali barriere protettive dell'inibizione, dei normali confini del sé organicamente determinati, l'io del tourettico è sottoposto per tutta la vita a un bombardamento. É lusingato, assalito, da impulsi provenienti dall'interno e dall'esterno, impulsi che sono organici e convulsivi, ma anche personali (o piuttosto pseudo personali) e seducenti. Come può l'io resistere a questo bombardamento? L'identità riesce a sopravvivere? Può svilupparsi, in presenza di una simile frammentazione, di pressioni simili, o sarà sopraffatta e produrrà un' «anima tourettizzata» (per usare l'efficace espressione di un mio paziente successivo)? Sull'anima del tourettico grava una pressione fisiologica, esistenziale, quasi teologica: riuscirà a conservarsi intatta e sovrana, o sarà dominata, posseduta e

spossessata da ogni immediatezza e da ogni impulso?

Hume, come abbiamo visto, scriveva: «Oso affermare...che altro non siamo se non un fascio o un insieme di differenti sensazioni, che si succedono con inconcepibile rapidità, e in un flusso e movimento perpetui». Per Hume, dunque, l'identità personale è una finzione: noi non esistiamo, siamo solo una successione di sensazioni o percezioni.

Questo naturalmente non vale per un essere umano normale, poiché egli *possiede* le proprie percezioni. Esse non sono un semplice flusso, sono *sue*, unite da un'individualità duratura o sé. Ma ciò che Hume descrive può valere perfettamente per un essere instabile quale il supertourettico, la cui vita è in certa misura un succedersi di percezioni e movimenti fortuiti o convulsi, un fantasmagorico agitarsi senza centro né senso. In questa misura, egli è un essere più «humeano» che umano. E questa è la sorte filosofica, quasi teologica, che lo aspetta, se nel rapporto fra l'impulso e il sé la superiorità del primo è schiacciante. Tale sorte è affine a una sorte «freudiana», che è anch'essa quella di essere sopraffatti dall'impulso - ma la sorte freudiana ha un senso (benché tragico), mentre una sorte «humeana» è insensata e assurda.

Il supertourettico, quindi, è costretto come nessun altro a lottare per la pura sopravvivenza - per diventare un individuo, e sopravvivere come tale, nonostante la costante presenza degli impulsi. Egli può trovarsi di fronte fin dalla primissima infanzia straordinarie barriere che ostacolano il suo divenire individuo, persona reale. Il miracolo è che, il più delle volte, ci riesce, poiché il potere della sopravvivenza, della volontà di sopravvivere, e di sopravvivere come individuo unico e inalienabile, è il più forte in assoluto del nostro essere: più forte di qualsiasi impulso, più forte della malattia. Ed è la salute, la salute militante, che ne esce quasi sempre vittoriosa.

Parte terza

TRASPORTI

Nonostante la nostra critica al concetto di funzione, e anzi il nostro tentativo di darne una ridefinizione piuttosto radicale, ci siamo attenuti a tale concetto delineando nei termini più ampi contrasti basati sul «deficit» o sull' «eccesso». Ma è chiaro che occorre usare anche termini affatto diversi. Non appena abbiamo a che fare coi fenomeni in quanto tali, con l'effettiva qualità dell'esperienza o del pensiero o dell'azione, dobbiamo usare termini che ricordano piuttosto la poesia o la pittura. Com'è possibile, ad esempio, comprendere un sogno in termini di funzione?

Abbiamo sempre due universi di discorso - li si chiami «fisico» e «fenomenico», o altro -, uno rivolto alle questioni di struttura quantitativa e formale, l'altro alle qualità che costituiscono un «mondo». Ognuno di noi ha un proprio mondo mentale che lo contraddistingue, percorsi e paesaggi interiori propri i quali, per la maggior parte di noi, non richiedono un esplicito «correlato» neurologico. É solitamente possibile raccontare la storia di un uomo, riferire episodi e scene della sua vita, senza dover ricorrere a considerazioni fisiologiche e neurologiche, le quali parrebbero quanto meno superflue, se non francamente assurde o offensive. Perché noi ci consideriamo, e giustamente, «liberi» - o almeno determinati da considerazioni umane ed etiche assai complesse, piuttosto che dalle vicissitudini delle nostre funzioni neurali o del nostro sistema nervoso. Solitamente, ma non sempre, perché talvolta nella vita di un uomo può irrompere una malattia organica che la trasforma; e se questo avviene, la sua storia richiede un correlato fisiologico o neurologico. É questo il caso, ovviamente, di tutti i pazienti qui descritti.

Nella prima metà di questo libro abbiamo descritto casi di ovvia patologia, situazioni caratterizzate da un evidentissimo eccesso o deficit neurologico. Prima o poi, questi pazienti, o i loro familiari, non meno che i loro medici, si accorgono che «c'è qualcosa che non va (fisicamente)». Il mondo interiore, le disposizioni di questi pazienti possono essere effettivamente alterati, trasformati; ma, come si scopre ben presto, ciò è dovuto a una modificazione radicale (e quasi quantitativa) della funzione neurale. In questa terza parte, le forme in cui si rivela la patologia sono la reminiscenza, l'alterazione della percezione, dell'immaginazione, del «sogno». Tali manifestazioni sfuggono spesso all'attenzione della neurologia e della medicina. Sono «trasporti» - spesso caratterizzati da grande intensità emotiva e permeati di

sentimento e significato personali - che in genere si tende a considerare, analogamente ai sogni, di natura psichica: manifestazioni, forse, di un'attività inconscia o preconscia (o, se si propende verso il misticismo, di qualcosa di «spirituale»), e non pertinenti alla sfera «medica», né tanto meno a quella «neurologica». Essi possiedono un intrinseco «senso» drammatico, o narrativo, o personale, e non sono quindi solitamente interpretati come «sintomi». É forse nella loro natura che tali trasporti vengano più comunemente confidati allo psicoanalista o al confessore, vengano visti come psicosi, o proclamati come rivelazioni religiose, piuttosto che portati all'attenzione del medico. Perché a tutta prima non ci viene mai in mente che una visione potrebbe avere un aspetto «medico»; e se si sospetta o si trova una base organica, ciò può essere sentito come una «svalutazione» della visione (il che naturalmente non è: valori e valutazioni non hanno niente a che fare con l'eziologia).

Tutti i trasporti descritti in questa parte del libro hanno determinanti organiche più o meno chiare (benché non evidenti all'inizio, e messe in luce solo da indagini accurate). Ciò non toglie nulla alla loro portata psicologica o spirituale. Se Dio, o l'ordine eterno, fu rivelato a Dostoevskij nel corso di attacchi epilettici, perché altre condizioni organiche non dovrebbero servire come “porte” spalancate sull'aldilà o sull'ignoto? In un certo senso, questa sezione è lo studio di tali porte.

Nel 1880, descrivendo questi «trasporti», o «porte», o «stati di sogno» nel corso di certe epilessie, Hughlings Jackson usò il termine generico «reminiscenza», e scrisse:

«In assenza di altri sintomi, non dovrei mai diagnosticare un'epilessia dal manifestarsi parossistico di una “reminiscenza”, anche se dovrei sospettare un'epilessia se questo stato mentale superpositivo incominciasse a verificarsi molto di frequente...Non sono mai stato consultato solo per una “reminiscenza”»...

Io, invece, sì: per la reminiscenza forzata o parossistica di melodie, di «visioni», di «presenze», o di scene - non solo nell'epilessia, ma in tutta una serie di altre condizioni organiche. Questi trasporti o reminiscenze non sono rari nell'emicrania (si veda il capitolo XX, «Le visioni di Hildegard»). Della sensazione di «ritorno», su base epilettica o tossica, è tutto permeato «Passaggio in India» (capitolo XVII). Alla base del caso di «Nostalgia incontinente» (capitolo XVI) e della strana iperosmia descritta in «Il cane sotto la pelle» (capitolo XVIII) c'è una chiara causa tossica o chimica. La spaventosa «reminiscenza» di cui parlo in «Omicidio» (capitolo XIX)è determinata o da un'attività convulsiva o da una disinibizione a livello di lobo frontale.

Il tema di questa parte è il potere dell'immaginazione e della memoria di «trasportare» una persona, come risultato di una stimolazione abnorme dei lobi temporali e del sistema limbico del cervello. Questo può anche insegnarci qualcosa sulla base cerebrale di certe visioni e sogni, e su come il cervello (che Sherrington chiamò «un telaio incantato») possa tessere un magico tappeto volante per trasportarci.

XV

REMINESCENZA

La signora O'C. , un po' sorda, ma per il resto in buona salute, viveva in una casa per anziani. Una notte del gennaio 1979 ebbe un sogno molto vivo e carico di nostalgia: si rivide bambina in Irlanda e soprattutto risentì le canzoni così spesso cantate e ballate laggiù. Al suo risveglio si accorse che la musica continuava, molto forte e distinta. «Starò ancora sognando» si disse, ma non era così. Si alzò, ormai ben desta e sconcertata. Era notte fonda. Qualcuno doveva aver lasciato la radio accesa. Ma perché si era svegliata solo lei? Controllò tutte le radio che riuscì a trovare: erano spente. Allora ebbe un'altra idea: aveva sentito dire che le otturazioni dei denti a volte possono fare da conduttore al quarzo e captare trasmissioni con insolita intensità. «Ma certo» pensò. «É una delle mie otturazioni che si fa sentire. Non durerà a lungo. Domattina la faccio mettere a posto». Ma l'infermiera di notte, alla quale spiegò la faccenda, disse che le otturazioni sembravano tutte a posto. A questo punto la signora O'C.. ebbe un'altra idea: «Quale stazione» rifletté «suonerebbe canzoni irlandesi a tutto volume nel cuore della notte? Canzoni, solo canzoni, senza presentazione o commento? E solo canzoni che io conosco. Quale programma suonerebbe nient'altro che le *mie* canzoni? ». E allora si chiese: «Che la radio sia nella mia testa? ».

Ormai era agitatissima - e intanto la musica continuava, assordante. L'ultima speranza era l'otorinolaringoiatra che l'aveva in cura: certo l'avrebbe rassicurata, le avrebbe detto che si trattava solo di «rumori nell'orecchio», legati in qualche modo alla sua sordità, niente di preoccupante. Ma il mattino dopo, quando andò da lui, si sentì dire: «No, signora, non credo che c'entrino le sue orecchie. Fosse stato un semplice tintinnio o un ronzio o un rimbombo, forse sì. Ma un concerto di canzoni irlandesi...non sono le sue orecchie. Forse» continuò «è meglio che lei si faccia vedere da uno psichiatra». La signora O'C. ottenne un appuntamento dallo psichiatra per il giorno stesso. «No, signora» disse lo psichiatra. «Non è la sua testa. Lei non è pazza, e i pazzi non sentono musica, ma solo "voci". Lei ha bisogno di un neurologo. Vada dal mio collega, il dottor Sacks». Fu così che la signora O'C. venne da me.

La conversazione fu tutt'altro che facile, in parte a causa della sua sordità, ma più ancora perché la mia voce era sopraffatta dalle canzoni: la signora O'C. riusciva a sentirmi solo quando la canzone era sommessa. Era una donna intelligente e sveglia, non delirava e non era pazza, ma aveva uno sguardo distante, assorto, come di chi sia in parte in un suo mondo privato. Non trovai niente di neurologicamente fuori posto. Tuttavia avevo il sospetto che quella musica fosse «neurologica».

Che cosa poteva aver provocato questa situazione? La signora O'C. aveva ottantotto anni, il suo stato di salute generale era eccellente, non aveva una linea di febbre. Non stava prendendo farmaci che potessero provocare uno squilibrio nella sua mente lucidissima. E il giorno prima era stata del tutto normale.

«Pensa che si tratti di un ictus cerebrale, dottore? » chiese leggendomi nel pensiero.

«Potrebbe essere, » dissi «anche se non ne ho mai visto uno che si presenti così. Qualcosa è successo, questo è certo, ma non penso che lei corra alcun pericolo. Non si preoccupi e tenga duro».

«Non è facile tener duro, quando si sta passando quel che passo io. So che qui c'è silenzio, ma io sono in un mare di suoni». Volevo fare subito un encefalogramma, con particolare attenzione ai lobi temporali, i lobi «musicali» del cervello, ma le circostanze concorsero a impedirlo per qualche giorno. Nel frattempo la musica diminuì: divenne meno forte e, soprattutto, meno continua. Dopo le prime notti, la signora O'C. riuscì a prender sonno e, in misura sempre crescente, a parlare e ad ascoltare negli intervalli tra una “canzone” e l'altra. Quando infine riuscii a fare un EEG, essa sentiva ormai solo brevi frammenti occasionali di musica, una dozzina circa nel corso di una giornata. Le applicammo gli elettrodi alla testa e quando fu sistemata le chiesi di non muoversi, di non dire nulla e di non «cantare fra sé», ma di sollevare l'indice destro - cosa che non avrebbe disturbato l'EEG - se avesse udito una delle sue canzoni mentre stavamo registrando. In due ore di registrazione sollevò il dito tre volte, e ogni volta si udì il ticchettio delle penne dell'elettroencefalografo che trascrivevano picchi e onde a fronte rapido dai lobi temporali del cervello. Ciò confermava il fatto che la signora O'C. aveva degli attacchi a livello dei lobi temporali, i quali, come era stato ipotizzato da Hughlings Jackson e provato da Wilder Penfield, costituiscono invariabilmente la base della «reminiscenza»e delle allucinazioni esperienziali. Ma perché essa avrebbe sviluppato all'improvviso questo strano sintomo? Il tracciato cerebrale ottenuto rivelò che aveva effettivamente subìto una piccola trombosio infarto in parte del lobo temporale destro. L'improvvisa comparsa delle canzoni irlandesi durante la notte, l'improvvisa attivazione di tracce mnestiche musicali nella corteccia erano evidente conseguenza di un ictus, e a mano a mano che questo si risolse, si «risolsero» anche le canzoni.

A metà aprile la musica era scomparsa del tutto e la signora O'C. era tornata quella di prima. Le chiesi, a questo punto, che cosa pensasse di tutta la faccenda e, in particolare, se le mancassero quelle parossistiche canzoni. «É curioso, sa? » rispose con un sorriso. «Tutto sommato direi che è un gran sollievo; eppure, sì, mi mancano un po'. Ora che le ho perse, non riesco nemmeno a ricordarle. Era come aver riavuto indietro un pezzo dimenticato della mia infanzia. E poi ce n'erano di così belle!»

Alcuni miei pazienti in trattamento con la L-dopa mi avevano espresso sentimenti simili; il termine da me usato era «nostalgia incontinente». E le parole della signora O'C. , la sua evidente nostalgia, mi ricordarono la novella di H. G. Wells *La porta nel muro.* Gliela raccontai. «Perfetto!» disse. «Lo stato d'animo, i sentimenti, sono proprio quelli. Ma la mia porta è reale, come reale è il mio muro. La mia porta conduce al passato perduto e dimenticato».

Non mi capitò più un caso simile fino al giugno dell'anno scorso, quando mi fu chiesto di visitare la signora O'M. , ospite della stessa casa per anziani, anche lei sugli ottant'anni, un po' sorda, ma intelligente e sveglia. E anche lei si sentiva in testa della musica e a volte un tintinnio, o un sibilo, o un rombo; di tanto in tanto sentiva «voci che parlavano», di solito «molto lontane» e «tutte insieme», sicché non

riusciva mai ad afferrare quello che dicevano. Non aveva fatto parola di questi sintomi con nessuno, e per tutti quei quattro anni aveva segretamente temuto di essere pazza. Fu un sollievo enorme per lei venire a sapere dalle suore che nell'istituto qualche tempo prima c'era stato un caso simile, e un grande conforto potersi aprire con me.

Un giorno, raccontò la signora O'M., era in cucina che grattugiava delle carote, quando le giunse all'orecchio una canzone. Era *Easter Parade*, cui seguirono in rapida successione *Glory, Glory, Hallelujah* e *Good Night, Sweet Jesus.* Come la signora O'C., anche lei pensò a una radio rimasta accesa, ma presto si rese conto che erano tutte spente. Questo era successo nel 1979, quattro anni prima. La signora O'C. era guarita in poche settimane; la musica della signora O'M. invece continuò e anzi le cose andarono peggiorando.

In un primo tempo udiva solo queste tre canzoni: comparivano a sorpresa, qualche volta, e invariabilmente se le capitava di pensare a una di esse. Cercò quindi di evitare questo pensiero, ma lo sforzo di non pensarci sortiva lo stesso effetto. «Sono canzoni che le piacciono? » chiesi, con interesse psichiatrico. «Hanno un qualche significato speciale per lei? ».

«No» rispose prontamente. «Non mi dicono gran che, e non hanno nessun significato speciale».

«Che cosa ha provato quando ha visto che si ripetevano in continuazione? ».

«Ho cominciato a odiarle» esclamò. «Era come avere un vicino pazzo che metta di continuo lo stesso disco». Per un anno o più, ci furono solo queste canzoni, sempre le stesse, una dopo l'altra, esasperanti. Poi - e fu un sollievo, anche se da un lato fu anche peggio - la musica si fece più complessa e varia. La signora O'M. udiva un'infinità di canzoni: a volte più di una simultaneamente; a volte un'orchestra o un coro; e di tanto in tanto voci, o una babele di rumori.

Gli esami cui la sottoposi non rivelarono nulla di anormale se non nell'udito, e qui ciò che scoprii fu di singolare interesse.

Essa aveva una sordità dell'orecchio interno, abbastanza comune, ma in aggiunta a ciò aveva una particolare difficoltà nel percepire e discriminare tra i toni, difficoltà che i neurologi chiamano *amusia* e che si trova soprattutto in correlazione con una menomazione funzionale a livello dei lobi uditivi (o temporali) del cervello. Lei stessa si lamentava che ultimamente gli inni cantati in chiesa sembravano tutti uguali, tanto che non riusciva quasi a distinguerli dal tono o dalla melodia, ma doveva fare attenzione alle parole o al ritmo. [17] Quando le chiesi di cantare qualcosa, la sua voce, che in passato era stata piuttosto bella, risultò fuori tono e calante. Mi disse anche che la sua musica interiore era più vivida al risveglio e si affievoliva man mano che subentravano altre impressioni sensorie; e che in genere era meno frequente quando lei era occupata: emotivamente, intellettualmente, ma soprattutto visivamente. Nel corso della visita, che durò un'ora circa, sentì musica solo una volta: alcune battute di *Easter Parade*, ma così forti e così improvvise che quasi non riuscì a decifrare le mie parole.

[17] Una simile incapacità di percepire un tono o un'espressione vocale (*agnosia* tonale) era offerta dalla mia paziente Emily D. (si veda il capitolo IX, «Il discorso del Presidente»).

Quando infine le facemmo un EEG, esso rivelò un voltaggio sorprendentemente elevato ed eccitabilità in entrambi i lobi temporali- le parti del cervello associate alla rappresentazione centrale dei suoni e della musica e all'evocazione di esperienze e scene complesse. E ogni volta che "udiva" qualcosa, si avevano onde a fronte rapido ad alto voltaggio, simili a punte e decisamente di tipo epilettico. Ciò rafforzò la mia convinzione che essa avesse anche un'epilessia musicale, associata a un disturbo dei lobi temporali.

Ma che cosa succedeva *in realtà* alla signora O'C. e alla signora O'M. ? «Epilessia musicale» sembra quasi una contraddizione in termini: la musica di solito è piena di sentimento e di significato, e corrisponde a qualcosa di profondo in noi, al «mondo dietro la musica», per usare un'espressione di Thomas Mann; mentre l'epilessia suggerisce esattamente il contrario: un puro e semplice evento fisiologico casuale, del tutto non selettivo, privo di sentimento o di significato. «Epilessia musicale» o «epilessia personale», quindi, sembrerebbero una contraddizione in termini. Eppure queste epilessie esistono, benché unicamente nel contesto di attacchi a livello di lobo temporale, epilessie della parte reminiscente del cervello. Hughlings Jackson le descrisse un secolo fa e parlò a loro proposito di «stati di sogno», «reminiscenze» e «crisi psicomotorie»:

«Non è infrequente che gli epilettici, al momento dell'insorgere delle convulsioni, presentino uno stato mentale vago eppure estremamente elaborato...Lo stato mentale elaborato, la cosiddetta aura intellettuale, è sempre lo stesso, o essenzialmente lo stesso, in ogni caso». Tali descrizioni rimasero puramente aneddotiche fino a mezzo secolo più tardi, quando Wilder Penfield compì i suoi straordinari studi. Penfield non solo riuscì a localizzare l'origine di questi attacchi nei lobi temporali, ma riuscì anche a evocare lo «stato mentale elaborato» o le «allucinazioni esperienziali» estremamente precise e particolareggiate di questi attacchi mediante una blanda stimolazione elettrica dei punti della corteccia cerebrale soggetti ad attacco, quando, in occasione di interventi chirurgici, essa veniva esposta in pazienti pienamente coscienti. Queste stimolazioni evocavano all'istante allucinazioni vividissime di melodie, persone e scene, che venivano esperite, vissute, come irresistibilmente reali, nonostante la prosaica atmosfera della sala operatoria, e che potevano essere descritte ai presenti con particolari affascinanti, confermando ciò che Jackson aveva descritto sessant'anni prima, parlando del caratteristico «raddoppio della coscienza»:

«Vi sono: 1) lo stato di coscienza quasi-parassitario (stato di sogno) e 2) resti di coscienza normale, e quindi c'è una doppia coscienza...una diplopia mentale». Proprio questo veniva confermato dalle mie due pazienti: la signora O'M. mi sentiva e mi vedeva, pur con qualche difficoltà, attraverso l'assordante sogno di *Easter Parade*, o quello meno chiassoso, ma più profondo, di *Good Night, Sweet Jesus* (che le evocava l'immagine di una chiesa della 31° Strada, dove lo sentiva sempre cantare alla fine di una novena). Anche la signora O'C. mi vedeva e mi sentiva attraverso l'ancor più profondo attacco anamnestico della sua infanzia irlandese. «Lo so che lei è qui, dottore. Lo so che sono vecchia e che ho avuto un ictus cerebrale e che mi trovo in una casa per anziani, ma mi sento come se fossi tornata bambina in Irlanda...Sento le braccia di mia madre, la vedo, la sento cantare». Penfield mostrò

che queste allucinazioni o sogni epilettici non sono mai fantasie: sono sempre ricordi, quanto mai precisi e vividi, accompagnati dalle stesse emozioni che avevano accompagnato l'esperienza originaria. La straordinaria e costante precisione dei particolari evocati ogni volta che si stimolava la corteccia, precisione che superava quella di qualsiasi normale rievocazione della memoria, portò Penfield a ipotizzare che il cervello contenesse la registrazione quasi perfetta di tutte le esperienze della vita, che l'intero flusso di coscienza fosse conservato nel cervello e potesse pertanto essere sempre evocato, suscitato, o dalle normali necessità e circostanze della vita o dalle circostanze straordinarie di una stimolazione epilettica o elettrica. La varietà, l' «assurdità», di tali ricordi e scene convulsive fece ritenere a Penfield che questa reminiscenza fosse sostanzialmente priva di senso e casuale:

«Durante l'intervento risulta chiaro di solito che la risposta esperienziale evocata è una riproduzione casuale di ciò che costituiva il flusso di coscienza in un qualche momento della vita trascorsa...Può essere stato [e qui Penfield riassume la straordinaria varietà di sogni e scene epilettici da lui evocati] un brano di musica ascoltato chissà quando, o il momento in cui ci si è fermati sulla soglia della sala da ballo per guardare i ballerini, o la scena della rapina immaginata leggendo una pagina di fumetti, o il risveglio da un sogno che sembrava realtà, o un'allegra chiacchierata con gli amici, o il momento in cui ci si è arrestati in ascolto per assicurarsi che il piccolo stesse bene, o le insegne luminose osservate una sera, o il lettino della sala parto, o lo spavento provato alla vista di un individuo minaccioso, o la volta che si è vista la gente entrare tutta coperta di neve...O magari l'attimo di sosta all'angolo di Jacob Street con Washington Street a South Bend, Indiana...o i carrozzoni del circo visti una notte di tanti anni fa da bambini...o la mamma che salutava gli ospiti in partenza...o la mamma e il papà che cantavano le canzoni di Natale».

Vorrei poter citare per intero questo splendido brano di Penfield (Penfield e Perot, pp. 687 sgg.), che dà, come le mie due signore irlandesi, uno straordinario senso della «fisiologia personale», la fisiologia del sé. Penfield è colpito dalla frequenza degli attacchi di epilessia musicale, di cui riferisce molti esempi affascinanti e spesso divertenti: un'incidenza del tre per cento sugli oltre cinquecento epilettici temporali da lui studiati: «Abbiamo osservato con sorpresa che molto spesso la stimolazione elettrica faceva sì che il paziente udisse della musica. Questo effetto è stato prodotto da diciassette punti diversi in 11 casi. A volte era un orchestra, a volte erano voci che cantavano o un pianoforte che suonava, o un coro. Parecchie volte ci venne detto che si trattava di una sigla musicale radiofonica...La produzione di musica è localizzata nella circonvoluzione temporale superiore, nella superficie laterale o in quella superiore (e quindi vicina al punto associato alla cosiddetta epilessia *musicogenica*)».

Ciò è confermato, in modo sensazionale e spesso comico, dagli esempi addotti da Penfield. L'elenco che segue è tratto dal suo ultimo importante studio:

«White Christmas (caso 4). Cantato da un coro.

«Rolling Along Together (caso 5). Non identificato dal paziente, ma riconosciuto dall'infermiera di sala quando il paziente lo canticchiò sotto stimolazione.

«Hush-a-Bye Baby (caso 6). Cantato dalla madre, ma anche identificato come

la sigla di un programma radiofonico.

«“Una canzone già sentita, un motivo spesso trasmesso dalla radio” (caso 10).

«*Oi Marì, oi Marì* (caso 30). Sigla di un programma radiofonico.

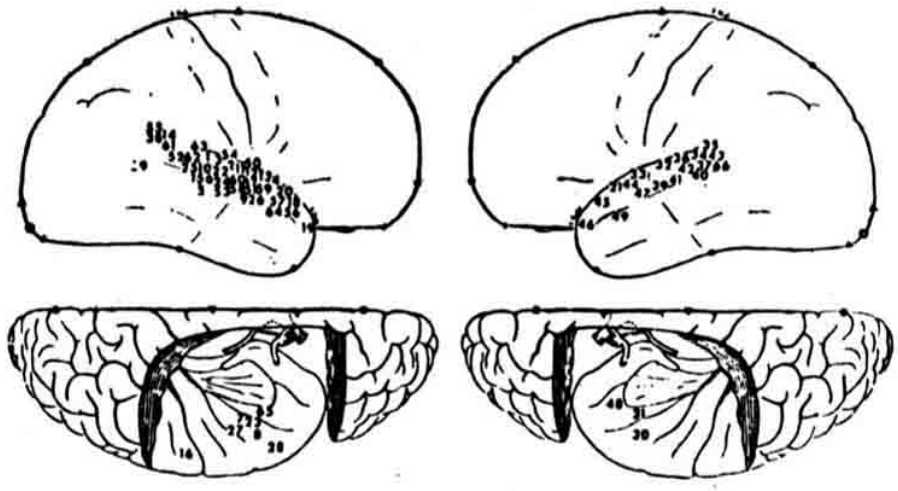
«*The War March of the Priests* (caso 31). Sul retro dell'*Hallelujah* di Haendel, in un disco posseduto dal paziente.

«“Papà e mamma che cantano le canzoni di Natale” (caso 32).

«Musica da *Bulli e Pupe* (caso 37).

«“Una canzone sentita spesso alla radio” (caso 45).

«*I'll Get By e You'll Never Know* (caso 46). Canzoni spesso udite alla radio».



RISPOSTE ESPERIENZIALI ACUSTICHE ALLA STIMOLAZIONE

1. una voce (14): caso 28 – 2. voci (14), 3. 1 voce (15), 4. una voce familiare (17), 5. una voce familiare (21), 6. una voce (23), 7. una voce (24), 8. una voce (25), 9. una voce (28): caso 29 – 10. musica familiare (15), 11. una voce (16), 12. una voce familiare (17), 13. una voce familiare (18), 14. musica familiare (19), 15. voci (23), 16. voci (27): caso 4 – 17. musica familiare (14), 18. musica familiare (17), 19. musica familiare (24), 20. musica familiare (25): caso 30 – 21. musica familiare (23): caso 31 – 22. voce familiare (16): caso 32 – 23. musica familiare (23): caso 5 – 24. musica familiare (Y), 25. rumore di passi (1): caso 6 – 26. voce familiare (14), 27. voci (22): caso 8 – 28. musica (15): caso 9 – 29. voci (14): caso 36 – 30. rumore familiare (16): caso 35 – 31. una voce (16*a*): caso 23 – 32. una voce (26), 33. voci (25), 34. voci (27), 35. una voce (28), 36. una voce (33): caso 12 – 37. musica (12): caso 11 – 38. una voce (17*d*): caso 24 – 39. voce familiare (14), 40. voci familiari (15), 41. latrato di un cane (17), 42. musica (18), 43. una voce (20): caso 13 – 44. voce familiare (11), 45. una voce (12), 46. voce familiare (13), 47. voce familiare (14), 48. musica familiare (15), 49. una voce (16): caso 14 – 50. voci (2), 51. voci (3), 52. voci (5), 53. voci (6), 54. voci (10), 55. voci (11): caso 15 – 56. voce familiare (15), 57. voce familiare (16), 58. voce familiare (22): caso 16 – 59. musica (10): caso 17 – 60. voce familiare (30), 61. voce familiare (31), 62. voce familiare (32): caso 3 – 63. musica familiare (8), 64. musica familiare (10), 65. musica familiare (D2): caso 10 – 66. voci (11): caso 7.

In ogni caso, come per la signora O'M. , la musica era sempre uguale e stereotipata. Lo stesso motivo (o più motivi) erano uditi ripetutamente, o nel corso di attacchi spontanei o quando veniva stimolata elettricamente la corteccia soggetta all'accesso. Insomma, questi motivi non solo sono popolari alla radio, ma lo sono anche come attacchi allucinatori: sono, per così dire, la «Hit Parade della corteccia».

C'è qualche ragione, dobbiamo chiederci, per cui determinate canzoni (o scene)vengono «selezionate»da determinati pazienti per essere riprodotte nei loro attacchi allucinatori? Penfield si pone la domanda e ritiene che la selezione avvenga senza una ragione e certo senza un significato particolare:

«Sarebbe assai difficile immaginare che qualcuno dei banali episodi e canzoni rievocati durante la stimolazione o la scarica epilettica possa avere un significato emozionale per il paziente, anche se siamo perfettamente consapevoli di questa possibilità».

La selezione, egli conclude, è «del tutto casuale, se non per l'esistenza di qualche prova di condizionamento corticale». Queste sono le parole, questo è l'atteggiamento, per così dire, della fisiologia. Forse Penfield ha ragione - ma non potrebbe esserci dell'altro? E'davvero «perfettamente consapevole», sufficientemente consapevole, là dove soprattutto è importante esserlo, del possibile significato emozionale delle canzoni, di ciò che Thomas Mann chiamò «il mondo dietro la canzone»? É davvero sufficiente fare domande superficiali, come: «Questa canzone ha qualche speciale significato per lei? ». Sappiamo fin troppo bene dallo studio delle «libere associazioni» che i pensieri apparentemente più banali e casuali possono rivelare una profondità e una risonanza inaspettate, che però diventano evidenti solo in un'analisi approfondita. Una simile analisi naturalmente non c'è in Penfield, come non c'è in ogni altro rappresentante della psicologia fisiologica. Non è chiaro se vi sia veramente necessità di una simile analisi profonda - ma, data l'eccezionale opportunità offerta da una simile varietà di canzoni e di scene convulsive, forse è il caso di provare.

Tornai brevemente dalla signora O'M. per sapere quali associazioni, quali sentimenti accompagnassero le sue «canzoni». Poteva non essere necessario, ma ero sicuro che valesse la pena tentare. Una cosa importante era già emersa. Benché coscientemente essa non potesse attribuire un significato o un valore affettivo alle tre canzoni, ora ricordava - e la cosa era confermata da altri - che spesso l*e capitava di canticchiarle*, inconsciamente, molto prima che si presentassero sotto forma di attacchi allucinatori. Ciò faceva presumere che fossero *già* «selezionate» inconsciamente - e che la sopraggiunta patologia organica si fosse impossessata di questa selezione.

Erano ancora le sue preferite? Avevano qualche importanza per lei adesso? Traeva qualche piacere dalla sua musica allucinatoria? Il mese dopo il mio incontro con la signora O'M. , sul «New York Times» apparve un articolo intitolato: ` *Šostakovič aveva un segreto?* Il «segreto» di Šostakovič, secondo l'ipotesi formulata da un neurologo cinese, il dottor Dajue Wang, era la presenza di una scheggia metallica, un frammento mobile di granata, nel cervello, nel corno temporale del ventricolo sinistro. Pare che Šostakovič fosse molto restio a farlo rimuovere:

«Da quando c'era quel frammento, disse, ogni volta che piegava la testa da un

lato sentiva della musica. Aveva la testa piena di melodie, sempre diverse, cui egli attingeva poi nel comporre».

A quanto si disse, i raggi X avevano mostrato che la scheggia si spostava quando Šostakovič muoveva la testa, e quando la inclinava premeva contro il lobo temporale «musicale» producendo un'infinità di melodie che il suo genio poteva utilizzare. Il dottor R. A. Henson, curatore del volume *Music and the Brain* (1977), si dichiarò assai scettico ma non incredulo: «Esiterei ad affermare che ciò non possa accadere».

Passai l'articolo alla signora O'M. , che ebbe una reazione chiara e recisa: «Io non sono Šostakovič» disse. «Non posso utilizzare le mie canzoni. E comunque, mi hanno stancata: sono sempre le stesse. Può darsi che per Šostakovič le allucinazioni musicali siano state un dono, ma per me sono solo un fastidio. Lui non voleva essere curato, ma io sì, eccome!»

Somministrai alla signora O'M. degli anticonvulsivi e le sue convulsioni musicali cessarono immediatamente. L'ho rivista di recente e le ho chiesto se sentiva nostalgia delle sue canzoni. «Neanche per sogno!» ha risposto. «Sto molto meglio senza». Non così invece la signora O'C. , come abbiamo visto, la cui allucinosi era decisamente più complessa, più misteriosa, più profonda e, anche se ciò che la provocava era del tutto casuale, si rivelò di grande importanza e utilità psicologiche.

L'epilessia della signora O'C. era in realtà completamente diversa in termini sia di fisiologia sia di carattere e impatto «personali». Nelle prime settantadue ore l'attacco, o lo «stato» convulsivo, era pressoché continuo e associato ad apoplessia del lobo temporale. E già questa era una condizione travolgente. In un secondo tempo, e anche questo aveva una base fisiologica (nella repentinità e nella gravità dell'ictus e nello sconvolgimento da esso causato nei «centri emozionali» profondi: uncus, amigdala, sistema limbico, eccetera, fino alla parte più profonda del lobo temporale), c'era una travolgente *emozione* associata agli accessi e un contenuto travolgente (e profondamente nostalgico): la sensazione di essere tornata bambina, nella sua casa da tempo dimenticata, tra le braccia della madre.

Può darsi che questi attacchi abbiano un'origine insieme fisiologica e personale, che provengano cioè da determinate parti stimolate del cervello, ma che rispondano anche a particolari circostanze e bisogni psichici, come nel caso riportato da Dennis Williams (1956): «Un rappresentante di 31 anni (caso 2770) aveva un'epilessia grave indotta dal ritrovarsi solo in mezzo a estranei. Sintomi iniziali: il ricordo visivo dei genitori nella vecchia casa, la sensazione meravigliosa di avervi fatto ritorno. Il ricordo è descritto come caldo e piacevole. Il soggetto ha la pelle d'oca, si sente avvampare e poi gelare; dopodiché o l'attacco cessa o continua fino alle convulsioni». Williams riferisce questo caso stupefacente in maniera arida, senza stabilire nessi fra le sue parti. L'emozione viene liquidata come puramente fisiologica - un «piacere ictale» improprio - ed è pure ignorata la possibile relazione fra l' «essere tornato a casa» e l'essere solo.

Può darsi che abbia ragione, certo; forse è tutto un fatto puramente fisiologico; ma non posso fare a meno di pensare che, se si devono avere attacchi epilettici, quest'uomo, il caso 2770, riusciva ad avere gli attacchi giusti al momento giusto. Nel caso della signora O'C. il bisogno nostalgico era più cronico e profondo, poiché suo

padre era morto prima che lei nascesse e la madre era morta quando lei non aveva ancora cinque anni. Rimasta orfana e sola, fu mandata in America da una zia nubile e piuttosto severa. La signora O'C. non aveva alcun ricordo cosciente dei primi cinque anni di vita - nessun ricordo della madre, dell'Irlanda, di «casa sua». Questa mancanza, o dimenticanza, dei primi e più preziosi anni della vita la sentiva con un senso di acuta e dolorosa tristezza. Aveva spesso cercato, senza mai riuscirvi, di ritrovare i ricordi d'infanzia perduti e dimenticati. Ora, con il suo sogno e con il lungo «stato di sogno» che seguiva, ritrovava il senso della propria infanzia dimenticata, perduta. La sensazione provata non era solo un «piacere ictale», era una felicità trepida, profonda, fortissima. Era come aprire una porta, diceva, una porta rimasta ostinatamente chiusa per tutta la vita.

Nel suo splendido libro sui «ricordi involontari» (*A Collection of Moments*, 1970), Esther Salaman parla della necessità di conservare o ritrovare «i sacri e preziosi ricordi d'infanzia», e di come senza di essi la vita sia impoverita, infondata. Parla della profonda felicità, del senso di realtà che può dare il ritrovamento di questi ricordi e aggiunge tutta una lunga serie di bellissime citazioni autobiografiche, soprattutto di Dostoevskij e di Proust. Siamo tutti «esuli dal nostro passato», scrive, e pertanto abbiamo bisogno di ritrovarlo. Nel caso della signora O'C. che, quasi novantenne, si avvicinava alla fine di una lunga vita solitaria, questo ritrovamento dei «sacri e preziosi» ricordi d'infanzia, questa strana e quasi miracolosa anamnesi, questo spalancarsi della porta chiusa, l'amnesia della sua infanzia, fu paradossalmente reso possibile da una disgrazia che la colpì al cervello.

Diversamente dalla signora O'M. , che sentiva i propri attacchi come spossanti e fastidiosi, la signora O'C. trovava nei suoi un ristoro per lo spirito. Le davano un senso di stabilità e di realtà psicologiche, il senso elementare, cancellato dai lunghi decenni di isolamento e di «esilio», di aver realmente avuto un'infanzia e una casa, di essere stata realmente amata e protetta da una presenza materna. Diversamente dalla signora O'M. , che voleva essere curata, la signora O'C. rifiutò di prendere anticonvulsivi: «Ho bisogno di questi ricordi» diceva. «Ho bisogno di quello che mi sta succedendo...Finirà da sé fin troppo presto».

All'inizio delle sue crisi, Dostoevskij aveva «crisi psicomotorie», o «stati mentali elaborati», e una volta così si espresse a questo proposito:

«Voi che siete sani non potete immaginare la felicità che proviamo noi epilettici nell'attimo che precede il nostro attacco...Non so se questa felicità duri qualche secondo, o un'ora o un mese, ma credetemi, non la scambierei per nessuna gioia che la vita può dare» (T. Alajouanine, 1963).

La signora O'C. avrebbe compreso. Anche lei, nei suoi attacchi, conosceva una felicità straordinaria, che però le appariva come il colmo della salute mentale e fisica - la chiave stessa, anzi, la porta d'accesso alla salute mentale e fisica. Sicché avvertiva la sua malattia come salute, come *salutare*.

Quando migliorò e si riprese dal suo ictus, la signora O'C. attraversò un periodo di malinconia e di paura. «La porta si sta chiudendo» diceva. «Sto di nuovo perdendo tutto». E in effetti, ora della metà di aprile, essa aveva perduto quelle improvvise irruzioni di scene, musiche, emozioni della sua infanzia, gli improvvisi «trasporti» epilettici che la riportavano al mondo dei suoi primissimi anni e che erano

certo «reminiscenze», e autentiche, poiché , come è stato mostrato inequivocabilmente da Penfield, questi attacchi afferrano e riproducono una realtà; una realtà esperienziale, non una fantasia: sono segmenti autentici di una vita e di un'esperienza passata.

Ma a questo proposito Penfield parla sempre di «coscienza», di crisi psicomotorie che colgono e riproducono convulsivamente parte del flusso di coscienza, della realtà cosciente. L'aspetto soprattutto importante e anche commovente nel caso della signora O'C. è che la «reminiscenza» epilettica afferrava qualcosa di inconscio - esperienze della primissima infanzia, sbiadite o rimosse dalla coscienza - e lo restituiva, convulsivamente, alla piena memoria e alla coscienza. É per questo, si deve supporre, che anche se la «porta» fisiologicamente si chiuse, l'esperienza in sé non fu dimenticata, ma lasciò un'impressione profonda, duratura e venne ricordata come significativa e salutare. «Sono contenta che sia successo» disse la signora O'C. quando tutto fu finito. «É stata l'esperienza più salutare e più felice della mia vita. Ora non ho più quel gran buco nei miei ricordi d'infanzia. Non ricordo più bene i particolari, ma so che è tutto lì. C'è una specie di completezza che non ho mai avuto prima».

Non erano parole vuote, ma coraggiose e vere. Gli attacchi operarono in realtà una specie di «conversione», diedero un centro a una vita che ne era priva, restituirono alla signora O'C. l'infanzia perduta - e con questo una serenità che essa non aveva mai conosciuto prima e che l'accompagnò per il resto della vita: una serenità e una sicurezza spirituali definitive quali hanno solo coloro che possiedono, o rievocano, il vero passato.

Post scriptum

«Non sono mai stato consultato solo per una "reminiscenza"...» disse Hughlings Jackson; per contro Freud dichiarò: «La nevrosi *è* reminiscenza». Ma è chiaro che il termine viene usato in due sensi opposti, poiché il fine della psicoanalisi è, si può dire, di sostituire alle «reminiscenze» false o fantastiche un ricordo vero, o anamnesi, del passato (ed è proprio questo ricordo vero, banale o profondo, che viene evocato nel corso delle crisi psicomotorie). Sappiamo che Freud aveva una grande ammirazione per Hughlings Jackson, ma non sappiamo se Jackson, che visse fino al 1911, avesse mai sentito parlare di Freud.

Il fascino di un caso come quello della signora O'C. è il suo essere al tempo stesso «jacksoniano» e «freudiano». Essa soffriva di una «reminiscenza» jacksoniana, la quale però servì a darle un fondamento e a guarirla, come avrebbe fatto un' «anamnesi» freudiana. Casi come questi sono entusiasmanti e preziosi poiché fanno da ponte tra la sfera fisiologica e quella del vissuto personale e possono indicare, se glielo permettiamo, la strada verso la neurologia del futuro, una neurologia dell'esperienza viva. Credo che questo non avrebbe stupito o indignato Hughlings Jackson. Anzi, è sicuramente quello che anche lui vagheggiava, quando nel lontano 1880 scriveva di «stati di sogno» e di «reminiscenza».

Penfield e Perot intitolano il loro articolo *The brain's record of visual and auditory experience* (La registrazione cerebrale dell'esperienza visiva e acustica), e

ora possiamo riflettere sulla possibile forma, o sulle forme, di queste «registrazioni» interiori. Ciò che si verifica, in questi attacchi «esperienziali» personalissimi, è un completo replay di (un segmento di) esperienza. La nostra domanda è: che cosa può essere riprodotto in modo tale da ricostituire un'esperienza? É qualcosa di simile a un film o a un disco, proiettato o suonato sul proiettore o sul giradischi del cervello? Oppure è qualcosa di analogo ma di logicamente precedente, come un copione o uno spartito? Qual è la forma definitiva, la forma naturale del repertorio della nostra vita, di quel repertorio che fornisce non solo il ricordo e la «reminiscenza» ma anche la nostra immaginazione a ogni livello, dalle immagini sensoriali e motorie più semplici ai più complessi mondi, paesaggi e scene creati dalla fantasia? Repertorio, memoria, immaginazione di una vita che è essenzialmente personale, drammatica e «iconica».

Le esperienze di reminiscenza dei nostri pazienti sollevano alcune questioni fondamentali circa la natura della memoria (o *mnesis*) - questioni che vengono sollevate, da una direzione opposta, anche dai nostri racconti di casi di amnesia o amnesis («Il marinaio perduto» e «Una questione d'identità», capitoli II e XII). Analoghe questioni sulla natura della conoscenza (o *gnosis*) sorgono davanti ai nostri pazienti affetti da a-gnosia - la drammatica agnosia visiva del dottor P. («L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello», capitolo I) e l'agnosia acustica e musicale della signora O'M. e di Emily D. (capitolo IX, «Il discorso del Presidente»). E questioni simili sulla natura dell'azione (o *praxis*) sorgono davanti al disorientamento motorio, o a-prassia, di certi ritardati e davanti ai pazienti con aprassia del lobo frontale - a volte così grave che essi non sono in grado di camminare, perdono le loro «melodie cinetiche», le melodie della deambulazione (cosa che succede anche ai parkinsoniani, come si è visto in *Awakenings*).

Così come la signora O'C. e la signora O'M. soffrivano di «reminiscenze», di un insorgere convulsivo di melodie e di scene - una specie di *iper*-mnesis e *iper*-gnosis -, i nostri pazienti amnesici-agnosici hanno perduto (o stanno perdendo) le loro melodie e scene interiori. Entrambi testimoniano in ugual misura la natura sostanzialmente «melodica» e «scenica» della vita interiore, la natura «proustiana» della memoria e della mente.

Uno stimolo applicato a un punto della corteccia di tali pazienti darà via libera a una rievocazione o reminiscenza convulsiva proustiana. Da che cosa è mediato ciò? Che tipo di organizzazione cerebrale lo rende possibile? I nostri attuali concetti di elaborazione e rappresentazione cerebrale sono tutti essenzialmente computazionali (si veda, per esempio, il brillante studio di David Marr, *Vision: A Computational Investigation of Visual Representation in Man, 1982*). E come tali sono espressi in termini di «schemi», «programmi», «algoritmi», eccetera.

Ma gli schemi, i programmi, gli algoritmi possono da soli trasmetterci la qualità intensamente visionaria, drammatica e musicale dell'esperienza, quella vivida qualità personale che fa sì che essa sia «esperienza»?

La risposta è un «No!» chiaro e appassionato. Le rappresentazioni computazionali - anche se sofisticatissime, come quelle delineate da Marr e Bernstein (i due massimi pionieri e pensatori in questo campo) - non potrebbero mai, di per sé, costituire delle rappresentazioni «iconiche», quelle rappresentazioni che sono il tessuto stesso della vita. Appare quindi una profonda frattura, anzi un baratro, fra ciò

che impariamo dai nostri pazienti e ciò che ci dicono i fisiologi. Esiste un modo di superare questo baratro? Oppure, se ciò è (come è possibile che sia) categoricamente impossibile, esistono concetti al di là di quelli della cibernetica, che ci facciano comprendere meglio la natura essenzialmente personale, proustiana, della reminiscenza, della mente, della vita? Possiamo, insomma, avere una fisiologia personale o proustiana, in aggiunta a quella meccanica, sherringtoniana (Sherrington stesso vi accenna in *Man on his Nature* [1938], quando immagina la mente come «un telaio incantato» che tesse disegni sempre dotati di significato - che tesse, in effetti, disegni di significato...).

Tali disegni, tali strutture di significato trascenderebbero realmente programmi o strutture puramente formali o computazionali e consentirebbero la qualità essenzialmente *personale* che è inerente alla reminiscenza, inerente a *ogni* mnesis, gnosis e praxis. E se chiediamo quale forma, quale organizzazione potrebbero avere queste strutture, la risposta si presenta immediata (e, per così dire, inevitabile). Le strutture personali, le strutture per l'individuo, dovrebbero prendere la forma di copioni o di spartiti - così come le strutture astratte, le strutture per un calcolatore, devono assumere la forma di schemi o programmi. Così, al di sopra del livello dei programmi cerebrali, dobbiamo concepire un livello di copioni e spartiti cerebrali.

Lo spartito di *Easter Parade* è, ritengo, indelebilmente iscritto nel cervello della signora O'M. : è lo spartito, il suo spartito, di tutto ciò che lei sentì e provò nel momento originale dell'imprinting dell'esperienza. Analogamente, nelle zone «drammaturgiche» del cervello della signora O'C. , in apparenza dimenticato ma nondimeno totalmente recuperabile, deve essere rimasto iscritto in modo indelebile il copione della sua drammatica scena d'infanzia.

E si osservi, come risulta dai casi di Penfield, che l'asportazione della minuscola porzione epilettogena della corteccia, del focolaio d'irritazione che provoca la reminiscenza, può cancellare in toto la scena iterante e sostituire a una reminiscenza assolutamente specifica o «ipermnesia» un altrettanto specifico oblio o amnesia. Vi è qualcosa di molto importante, e spaventoso, in questo: la possibilità di una psicochirurgia reale, di una neurochirurgia dell'identità (infinitamente più raffinata e specifica delle nostre rozze amputazioni e lobectomie che possono deprimere o deformare l'intero carattere, ma non arrivano a toccare le esperienze individuali).

L'esperienza non è *possibile* finché non è organizzata iconicamente; l'azione non è *possibile* a meno che non sia organizzata iconicamente. La «registrazione cerebrale» di ogni cosa - di ogni cosa viva - deve essere iconica. É questa la forma *finale* della registrazione cerebrale, anche se la forma preliminare può essere computazionale o programmatica. La forma finale della rappresentazione cerebrale deve essere, o permettere, l' «arte»: lo scenario e la melodia arte-fatti dell'esperienza e dell'azione.

Per lo stesso motivo, se le rappresentazioni del cervello sono danneggiate o distrutte, come nelle amnesie, nelle agnosie, nelle aprassìe, la loro ricostruzione (laddove possibile) richiede un duplice approccio, un tentativo di ricostruire programmi e sistemi danneggiati, come sta mettendo a punto, in modo straordinario, la neuropsicologia sovietica; oppure un approccio diretto a livello di melodie e scene

interiori (come è descritto in *Awakenings*, in *A Leg to Stand On* e in vari casi contenuti in questo libro, specialmente in «Rebecca», capitolo XXI, e nell'introduzione alla quarta parte). Dobbiamo far ricorso all'uno o all'altro dei due approcci - o a entrambi congiuntamente - se vogliamo capire, o assistere, i pazienti cerebrolesi: una terapia «sistematica», e una terapia «d'arte», preferibilmente entrambe.

Tutto questo era già stato detto implicitamente un secolo fa da Hughlings Jackson nella sua originale descrizione di un caso di «reminiscenza» (1880), da Korsakov a proposito dell'amnesia (1887), e da Freud e Anton alla fine del secolo scorso a proposito dell'agnosia. Le loro importanti intuizioni sono state quasi dimenticate, eclissate dall'imporsi di una fisiologia sistematica. É giunto il momento di ritrovarle, di riutilizzarle, affinché possa nascere, nel nostro tempo, una nuova e splendida scienza e terapia «esistenziale», che possa unirsi a quella sistematica per darci una più vasta capacità di comprendere e di agire.

Dopo la prima edizione di questo libro, sono stato consultato per innumerevoli casi di «reminiscenza» musicale; evidentemente è un fenomeno non insolito, soprattutto tra gli anziani, ma è facile che la paura trattenga dal cercare il parere del medico. A volte, come nel caso della signore O'C. e O'M. , si riscontra una patologia grave o significativa. A volte, come in un caso recente (descritto nel «New England Journal of Medicine», 5 settembre 1985), c'è una base tossica, come l'uso eccessivo di aspirina. I «fantasmi» musicali possono manifestarsi anche in pazienti affetti da grave sordità. Ma nella maggior parte dei casi non viene identificata alcuna patologia, e il fenomeno, benché poco piacevole, è essenzialmente benigno. (Perché tali «emissioni» in età avanzata debbano venire soprattutto dalle parti musicali del cervello è ancora tutt'altro che chiaro).

XVI

NOSTALGIA INCONTINENTE

I miei incontri con la «reminiscenza», occasionali nel contesto dell'epilessia o dell'emicrania, sono stati frequentissimi nei miei pazienti postencefalitici eccitati dalla L-dopa - tanto che mi trovai a definire la L-dopa «una specie di strana macchina del tempo personale». In una paziente essa si presentò in modo così sensazionale che ne feci l'argomento di una lettera al «Lancet», pubblicata nel numero del giugno 1980 e riportata qui sotto. In essa pensavo alla «reminiscenza» in senso stretto, jacksoniano, come un insorgere convulsivo di ricordi dal lontano passato. In seguito, quando scrissi la storia di questa paziente (Rose R.) in *Awakenings*, pensavo meno in termini di reminiscenza» e più spesso in termini di «arresto» («Si era mai mossa dal 1926? » scrissi), che sono poi quelli usati da Harold Pinter per la sua Deborah di *A Kind of Alaska.*

«Uno degli effetti più sorprendenti della L-dopa, se somministrata a certi pazienti postencefalitici, è la riattivazione di sintomi e di modelli comportamentali presenti a uno stadio molto iniziale della malattia, e successivamente "perduti". Ci siamo già espressi, a questo proposito, sull'aggravamento o sulla ricorrenza di crisi respiratorie, di crisi oculogire[18], di ipercinesi iterative e di tic. Abbiamo anche osservato la riattivazione di molti altri sintomi primitivi "sopiti", quali mioclonie, bulimia, polidipsia, satiriasi, sofferenza del sistema nervoso centrale, crisi affettive, eccetera. A livelli funzionali ancora più elevati, abbiamo osservato il ritorno e la riattivazione di atteggiamenti morali, sistemi di pensiero, sogni, ricordi di grande complessità e intensità affettiva - tutti "dimenticati", rimossi o altrimenti inattivati nel limbo di una completa acinesia e, talvolta, apatia postencefalitica.

«Un esempio notevole di reminiscenza forzata indotta dalla L-dopa è stato osservato in una sessantatreenne affetta dall'età di diciotto anni da parkinsonismo postencefalitico progressivo e istituzionalizzata da ventiquattro anni in uno stato di "trance" oculogiro pressoché continuo. La L-dopa ottenne inizialmente l'effetto di liberarla dal suo parkinsonismo e dal trance oculogiro consentendole di parlare e muoversi in modo quasi normale. A questo fece ben presto seguito (analogamente a quanto osservato in diversi nostri pazienti) un eccitamento psicomotorio con aumento di libido. Tale periodo fu contrassegnato da nostalgia, gioiosa identificazione con un sé giovane e un incontrollabile insorgere di lontani ricordi e allusioni sessuali. La paziente chiese un registratore e nel giro di pochi giorni registrò un'infinità di canzoni spinte e di barzellette e filastrocche "sporche", tutte provenienti da cose udite alle feste, lette su giornaletti "sconci" o sentite nei locali notturni e nelle riviste musicali della fine degli Anni Venti. Queste esibizioni erano ravvivate da ripetute allusioni a eventi di quell'epoca e dall'uso di modi di dire, intonazioni e manierismi

[18] consistenti in movimenti di rotazione forza dei globi oculari verso un lato o verso l'alto

sociali che evocavano irresistibilmente quegli anni ruggenti. Nessuno ne fu più stupito della paziente stessa: “É incredibile”disse. “Non capisco proprio. Sono almeno quarant'anni che non sento o penso cose simili. Non avrei mai creduto di ricordarle ancora. Ma adesso non riesco a togliermele dalla testa”. Poiché l'eccitazione aumentava fu necessario ridurre il dosaggio della L-dopa e come conseguenza la paziente, pur conservando l'uso della parola, «dimenticò” all'istante tutti i vecchi ricordi e non fu mai più in grado di ricordare un solo verso delle canzoni che aveva registrate.

«La reminiscenza forzata - di solito associata a una sensazione di *déjà vu* e, per usare un'espressione di Jackson, di “raddoppio di coscienza” - si verifica con una certa frequenza durante gli attacchi di emicrania e di epilessia, negli stati ipnotici e psicotici e, in modo meno sensazionale, in qualsiasi individuo come risposta al forte stimolo mnemonico di certe parole, suoni, scene e, soprattutto, odori. Un improvviso insorgere di ricordi è stato rilevato nelle crisi oculogire, come nel caso descritto da Zutt, in cui “migliaia di ricordi affollarono d'improvviso la mente del paziente”. Penfield e Perot sono riusciti a evocare ricordi stereotipati stimolando punti epilettogeni della corteccia e avanzano l'ipotesi che in tali pazienti gli attacchi, spontanei o indotti artificialmente, attivino nel cervello «sequenze di ricordi fossilizzate”.

«La nostra ipotesi è che nella nostra paziente (come in chiunque) sia immagazzinato un numero pressoché infinito di tracce mnestiche “sopite”, alcune delle quali possono essere riattivate in condizioni speciali, soprattutto in condizioni di fortissima eccitazione. Riteniamo che tali tracce, allo stesso modo degli imprints subcorticali di avvenimenti lontani, molto al di sotto dell'orizzonte della vita mentale, siano indelebilmente incise nel sistema nervoso e possano perdurare per un tempo indefinito in uno stato di giacenza, o per mancanza di eccitazione o per evidente inibizione. Gli effetti di una loro eccitazione o disinibizione possono naturalmente essere identici e stimolarsi a vicenda. Dubitiamo, tuttavia, che si possa affermare che i ricordi della nostra paziente sono stati semplicemente rimossi durante la sua malattia e poi “de-rimossi” in risposta alla L-dopa.

«La reminiscenza forzata indotta dalla L-dopa, da sondaggi corticali, da emicranie, epilessie, crisi convulsive, eccetera, parrebbe essere soprattutto un'eccitazione; mentre la reminiscenza incontinentemente nostalgica della vecchiaia, e talvolta dello stato di ubriachezza, sembra più prossima a una disinibizione e un palesamento di tracce arcaiche. Tutti questi stati possono “liberare” la memoria e tutti possono portare a una nuova esperienza, a una nuova rappresentazione del passato».

XVII

PASSAGGIO IN INDIA

Bhagawhandi P. , una ragazza indiana di diciannove anni, fu ricoverata nel nostro ospedale nel 1978 per un tumore cerebrale maligno. Il tumore, un astrocitoma, si era presentato una prima volta quando la ragazza aveva sette anni, ma essendo allora di scarsa malignità e ben circoscritto, permise una resezione completa e una completa ripresa funzionale, consentendo a Bhagawhandi di tornare a una vita normale.

La tregua durò dieci anni, durante i quali Bhagawhandi visse intensamente la sua vita, con gratitudine, e con la piena consapevolezza (era una ragazza intelligente) di avere in testa una "bomba a orologeria".

All'età di diciott'anni il tumore si ripresentò, molto più invasivo e maligno, e non più asportabile; fu perciò effettuata una decompressione per permetterne l'espansione. Tale era la situazione al momento del ricovero, cui si accompagnavano debolezza e insensibilità del lato sinistro del corpo, saltuari attacchi convulsivi e altri problemi.

In un primo tempo Bhagawhandi si mostrò serena, pareva accettare pienamente la sorte che l'attendeva, ma cercava la compagnia degli altri, voleva fare, divertirsi, vivere ogni esperienza finché era possibile. Col progredire del tumore verso il lobo temporale e il graduale rigonfiamento del cuoio capelluto sopra la breccia decompressiva (le somministrammo steroidi per ridurre l'edema cerebrale), gli attacchi divennero più frequenti - e più strani.

Gli attacchi originali, che si ripresentavano ora di tanto in tanto, erano convulsioni da grande male. I nuovi attacchi avevano caratteristiche completamente diverse. La ragazza non perdeva coscienza, ma assumeva un'aria «sognante» (e così si sentiva); fu facile accertare (e confermare con un EEG) che ora aveva frequenti attacchi a livello temporale, i quali, come insegna Hughlings Jackson, sono spesso caratterizzati da «stati sognanti» e «reminiscenze» involontarie. Presto questo vago stato di sogno assunse un carattere più definito, più concreto e più visionario: prese la forma di visioni dell'India, paesaggi, villaggi, case, giardini, nei quali Bhagawhandi ritrovava subito i luoghi conosciuti e amati nella sua infanzia.

«Se questo ti turba, » le dicemmo «possiamo cambiare farmaco».

«No» rispose con un sorriso calmo. «Mi piacciono questi sogni, mi riportano a casa».

A volte c'erano persone, di solito familiari o vicini; talvolta si parlava o si cantava o si danzava; una volta si trovò in una chiesa, un'altra volta in un cimitero; ma per lo più c'erano le pianure, i campi, le risaie vicino al villaggio e la dolce distesa ondulata delle colline fino al limite dell'orizzonte.

Si trattava sempre di attacchi temporali? In un primo tempo parve di sì, ma poi non ne fummo più così sicuri, perché gli attacchi temporali (come sottolineò

Hughlings Jackson e come Wilder Penfield fu in grado di confermare attraverso la stimolazione del cervello esposto, per cui si veda il capitolo XV, «Reminiscenza») tendono ad avere forma piuttosto fissa: una singola scena o canzone, ripetuta senza variazioni, cui corrisponde un focolaio corticale altrettanto fisso. I sogni di Bhagawhandi invece non avevano tale fissità, ma le offrivano panorami e distese di paesaggi sempre diversi. Che si trattasse allora di allucinazioni da intossicazione provocata dalle dosi massive di steroidi che le venivano somministrate? Ciò era plausibile, ma non potevamo ridurre gli steroidi, perché altrimenti sarebbe entrata in coma e sarebbe morta in pochi giorni.

Inoltre, la cosiddetta «psicosi da steroidi» presenta spesso eccitazione e disorganizzazione, mentre Bhagawhandi era sempre lucida, serena, tranquilla. Che fossero fantasie o sogni, in senso freudiano? Oppure quel tipo di follia onirica (onirofrenia) che può talvolta presentarsi nella schizofrenia? Anche di questo non potevamo essere sicuri, perché, sebbene vi fosse una specie di fantasmagoria, i fantasmi erano senza dubbio dei ricordi. Essi si presentavano parallelamente a uno stato normale di lucidità e coscienza (Hughlings Jackson parla, come abbiamo visto, di «raddoppio di coscienza»), ed evidentemente non erano oggetto di una catessi troppo marcata né carichi di impulsi passionali. Parevano piuttosto somigliare a certi dipinti o poemi sinfonici, talvolta lieti, talvolta tristi, evocazioni, rievocazioni, ritorni di un'infanzia teneramente amata e ricordata.

Di giorno in giorno, di settimana in settimana, i sogni, le visioni si presentarono sempre più spesso, e con un'intensità sempre crescente. Non erano più sporadici, ma occupavano la maggior parte della giornata. Bhagawhandi ci appariva rapita, come in trance, gli occhi a volte chiusi, a volte aperti ma ciechi al mondo esterno, le labbra increspate in un lieve sorriso misterioso. Se qualcuno veniva a chiederle qualcosa, come dovevano fare le infermiere, rispondeva subito, con lucidità e gentilezza, ma l'impressione di tutti, anche delle infermiere meno inclini alle fantasie, era che si trovasse in un altro mondo dal quale non dovevamo distoglierla. Io condividevo questa sensazione e, benché curioso, ero restio a indagare. Una volta, una volta sola, chiesi: «Bhagawhandi, che cosa succede? ».

«Sto morendo» rispose. «Sto andando a casa. Torno da dove sono venuta; è il mio ritorno, se vuole». Passò un'altra settimana: ormai Bhagawhandinon rispondeva più agli stimoli esterni, ma pareva completamente avvolta in un suo mondo e, benché avesse gli occhi chiusi, conservava sul viso il lieve sorriso di felicità. «Sta ritornando a casa» dicevano le infermiere. «Presto sarà arrivata». Tre giorni dopo Bhagawhandi morì. O forse dovremmo dire «arrivò», giunse al termine del suo passaggio in India?

XVIII

IL CANE SOTTO LA PELLE

Stephen D. , 22 anni, studente di medicina, drogato (cocaina, PCP, soprattutto anfetamine).

Una notte sognò, con grande vivezza, di essere un cane, in un mondo di odori incredibilmente ricchi e significativi («L'allegro odore dell'acqua, l'ardito odore del sasso»). Al suo risveglio si trovò in un mondo che sembrava proprio quello del sogno. «Come se prima fossi stato daltonico e all'improvviso mi ritrovassi in un mondo pieno di colore». La sua visione del colore si era effettivamente acuita («Dove prima avevo visto semplicemente del marrone, ora distinguevo dozzine di marroni. I miei libri rilegati in pelle, che prima sembravano tutti uguali, ora avevano ciascuno una tonalità distinta e peculiare»), e così pure erano straordinariamente aumentate la percezione visiva e la memoria eidetiche. («Prima non sapevo disegnare, non "vedevo" le cose nella mente, adesso invece era come avere in testa un episcopio: "vedevo" ogni cosa come proiettata sul foglio, e mi limitavo a tracciare i contorni che "vedevo". Tutt'a un tratto ero in grado di eseguire i più complessi disegni anatomici»). Ma era l'esaltazione dell'odorato che aveva veramente trasformato tutto il suo mondo: «Avevo sognato di essere un cane - era un sogno olfattivo - e poi mi svegliai in un mondo ricco delle più odorose fragranze, un mondo in cui ogni altra sensazione, pur accresciuta d'intensità, sbiadiva di fronte all'odorato». A tutto ciò si univa una specie di emozione trepida, ansiosa, e una strana nostalgia, come di un mondo perduto il cui ricordo in parte era svanito e in parte riaffiorava. [19]

«Entrai in una profumeria» continuò Stephen. «Non avevo mai avuto molto naso per gli odori, prima, ma ora li distinguevo tutti all'istante, e trovavo che ognuno fosse unico, evocativo, un intero mondo». Scoprì di riuscire a distinguere all'odore tutti i suoi amici, e gli altri pazienti: «Entrai in clinica, fiutai come un cane, e subito riconobbi, prima di vederli, i venti pazienti che si trovavano là. Ognuno aveva la sua fisionomia olfattiva, una faccia olfattiva, molto più vivida e suggestiva, molto più complessa di una faccia visiva». Sentiva l'odore delle loro emozioni - paura, contentezza, eccitazione sessuale - come un cane. Riconosceva ogni strada, ogni negozio, dall'odore; era in grado di orientarsi, infallibilmente, per New York con l'olfatto.

---

[19] Stati per certi versi simili (una strana emotività, a volte nostalgia, «reminiscenza»e *déjà vu* associati a intense allucinazioni olfattive) sono caratteristici delle «crisi uncinate», una forma di epilessia temporale per la prima volta descritta da Hughlings Jackson circa un secolo fa. Di solito l'esperienza è piuttosto specifica, ma talvolta vi è un'intensificazione generalizzata dell'odorato, una iperosmia. L'uncus, che filogeneticamente fa parte dell'antica area cerebrale olfattiva, il rinencefalo, è funzionalmente associato a tutto il sistema limbico, che viene sempre più riconosciuto come fondamentale nel determinare e regolare l'intero «tono» emozionale. Una qualsiasi eccitazione di esso produce un aumento dell'emotività e un'acutizzazione dei sensi. L'intero argomento, con le sue affascinanti ramificazioni, è stato esplorato in tutti i particolari da David Bear (1979).

Provava un certo impulso a toccare e fiutare ogni cosa («Niente era veramente reale finché non lo toccavo e l'odoravo»), ma lo reprimeva quando era in compagnia per non creare imbarazzi. Gli odori sessuali erano eccitanti e più forti di prima, ma non più forti degli odori dei cibi o di altre cose. Il godimento olfattivo era molto forte, e così pure il disgusto, ma ciò che gli dava quel mondo, ancor più che godimento o disgusto, era tutta un'estetica, tutto un nuovo criterio di giudizio, un nuovo significato. «Era un mondo di una concretezza travolgente, un mondo di particolari, » disse «un mondo profondamente e totalmente immediato, ricco di significato immediato». Lui che prima era stato un tipo intellettuale, portato alla riflessione e all'astrazione, ora trovava difficile e irreale usare il ragionamento, l'astrazione e la categorizzazione, di fronte alla prepotente immediatezza di ciascuna esperienza.

Quasi d'improvviso, dopo tre settimane questa strana trasformazione ebbe fine: l'olfatto e tutti gli altri sensi tornarono normali ed egli si ritrovò, con un senso insieme di perdita e di sollievo, nel suo vecchio mondo sbiadito, un mondo di sensazioni fievoli, di non concretezza e di astrazione. «Sono contento di essere tornato, » disse «ma è anche una terribile perdita. Ora so che cosa perdiamo a essere degli esseri umani civili. Abbiamo bisogno anche dell'altro elemento, il "primitivo».

Sono trascorsi sedici anni e ormai i giorni dell'università e dell'anfetamina appartengono al passato. Non si è mai più ripetuto nulla di anche lontanamente simile. Il dottor D. è un giovane internista di successo, mio amico e collega a New York. Non ha rimpianti, ma ogni tanto prova una certa nostalgia: «Quel mondo olfattivo, quel mondo così fragrante!» esclama. «Così vivido e reale! Era come un altro mondo, un mondo di pura percezione, ricco, vivo, autosufficiente e pieno. Cosa darei per poter ritornare ogni tanto a essere un cane!».

Freud definì più volte l'olfatto umano come una «vittima» del processo evolutivo, di civilizzazione e di crescita, conseguente all'assunzione della posizione eretta e alla rimozione della sessualità primitiva, pregenitale. E in effetti un aumento specifico (o patologico) dell'olfatto è stato segnalato nella parafilia, nel feticismo e in perversioni e regressioni affini. [20] Ma la disinibizione qui descritta sembra molto più generale, e benché associata a uno stato di esaltazione - probabilmente un'eccitazione dopaminergica indotta da anfetamine - non era né specificamente sessuale né associata a una regressione sessuale. Un'iperosmia simile, a volte parossistica, può verificarsi in stati di eccitazione iperdopaminergici, ad esempio in alcuni postencefalitici cui venga somministrata L-dopa e in certi pazienti con sindrome di Tourette.

Ciò che vediamo, se non altro, è l'universalità dell'inibizione, persino al livello percettivo più elementare: la necessità di inibire ciò che per Head era primordiale, ricco di tono emotivo, «protopatico», per consentire l'emergere del sofisticato e categorizzante «epicritico», privo di risonanza affettiva. La necessità di tale inibizione non può essere ricondotta unicamente alla motivazione freudiana, ma nemmeno si dovrebbe esaltare, romanticizzare, come fece Blake, una sua riduzione.

[20] A.A. Brill (1932) descrive e confronta tutto ciò con la complessiva intensità e fragranza del mondo olfattivo negli animali macrosomatici (come i cani), nei «selvaggi» e nei bambini.

Forse, come suggerisce Head, essa ci è necessaria per essere uomini e non cani. [21] Eppure l'esperienza di Stephen D. ricorda, come dice G. K. Chesterton in *La canzone di Quoodle*, che a volte abbiamo bisogno di essere cani e non uomini:

Sono tutti senza naso
i figli caduti di Eva...
Oh, l'allegro odore dell'acqua,
l'ardito odore del sasso!

Post scriptum

Di recente ho incontrato una specie di corollario a questo caso: un uomo di grande intelligenza e talento che in seguito a una lesione alla testa aveva subito un grave danno alle fibre olfattive (vulnerabilissime nel loro lungo percorso attraverso la fossa anteriore) e di conseguenza aveva completamente perduto l'olfatto.

Gli effetti di tale perdita l'avevano stupefatto e sconvolto: «L'olfatto? » mi disse. «Non me n'ero mai curato. Di solito uno non ci pensa. Ma quando lo persi, fu come se fossi diventato di colpo cieco. La vita perse molto del suo sapore...non ci si rende conto di quanto il "sapore" sia in realtà olfatto. Si odora la gente, si odorano i libri, si odora la città, si odora la primavera, forse non in modo consapevole, ma come uno sfondo ricco e inconscio che sta dietro a ogni cosa. D'improvviso tutto il mio mondo s'impoverì radicalmente».

C'era un acuto senso di perdita, un acuto struggimento, un autentica osmalgia: il desiderio di ricordare il mondo olfattivo al quale non aveva prestato alcuna attenzione cosciente ma che, come ora capiva, era stato una specie di «basso ostinato» della vita. Poi, qualche mese più tardi, con sua sorpresa e gioia il caffè della colazione, che era diventato «insipido», cominciò a riacquistare il suo sapore. Provò con la pipa, che non toccava da mesi, e anche lì colse un vago accenno del ricco aroma che tanto gli piaceva.

Eccitatissimo - i neurologi non gli avevano prospettato alcuna speranza di guarigione -, tornò dal suo medico. Ma questi, dopo un esame completo fatto con una tecnica a doppio cieco, disse: «No, mi dispiace, non c'è traccia di guarigione. L'anosmia è ancora totale. Strano però che lei ora "senta l'odore" della sua pipa e del caffè...».

Il fatto si può forse spiegare - ed è importante notare che il danno riguardava solo le fibre olfattive e non la corteccia - con lo sviluppo di una vigorosissima fantasia olfattiva, quasi, si direbbe, di un'allucinosi controllata, così che nel bere il caffè o nell'accendere la pipa - situazioni normalmente e precedentemente cariche di associazioni olfattive - egli è ora in grado di evocare, o rievocare, inconsciamente queste associazioni, e con un'intensità tale che esse gli paiono, in un primo momento, «reali».

Questa facoltà, in parte conscia e in parte inconscia, si è rafforzata e diffusa.

[21] Si veda la critica rivolta a Head da Jonathan Miller, in *The Dog Beneath the Skin*, in «The Listener», 1970.

Ora, per esempio, egli fiuta, «sente l'odore» della primavera. O almeno risveglia un ricordo olfattivo, o un quadro olfattivo, così intenso che riesce quasi a illudere se stesso (e gli altri) sulla realtà di quella sensazione. Sappiamo che una compensazione simile si verifica spesso nei ciechi e nei sordi. Pensiamo alla sordità di Beethoven e alla cecità di Prescott. Ma non ho idea se sia frequente nell'anosmia.

XIX

OMICIDIO

Donald uccise la sua ragazza sotto l'effetto del PCP. Non aveva, o non sembrava avere, alcuna memoria dell'accaduto e né l'ipnosi né il sodio amital riuscirono a liberare nessun ricordo. Al processo si giunse quindi alla conclusione che si trattava non di rimozione del ricordo ma di amnesia organica, il tipo di blackout ben descritto nel caso del PCP.

I particolari dell'omicidio, nella testimonianza del medico legale, erano macabri e non potevano essere resi pubblici, sicché furono discussi a porte chiuse e tenuti nascosti sia al pubblico sia allo stesso Donald. Il suo caso fu confrontato con gli atti di violenza compiuti a volte durante crisi temporali o psicomotorie, atti il cui ricordo va perduto e nei quali forse la violenza non è intenzionale. Coloro che li compiono non sono considerati responsabili o colpevoli, ma sono nondimeno internati per la propria e l'altrui sicurezza. E questo è quanto accadde all'infelice Donald.

Egli trascorse quattro anni in un ospedale psichiatrico criminale, nonostante i dubbi rimasti: era poi davvero un criminale o un pazzo? Donald parve accettare l'internamento con un certo sollievo - la punizione gli giungeva forse gradita e l'isolamento gli dava indubbiamente una sensazione di sicurezza. «Non posso vivere con gli altri» diceva tristemente, quando lo interrogavano.

Si sentiva protetto dalle conseguenze di un'improvvisa e pericolosa perdita di controllo, protetto e in un certo modo sereno. Gli erano sempre piaciute le piante e questo interesse, così costruttivo e così lontano dalla zona pericolosa dei rapporti e delle azioni umane, venne caldamente incoraggiato nell'ospedale criminale dove ora si trovava. Cominciò così a lavorare lo spiazzo dissestato e incolto che circondava l'edificio e creò aiuole fiorite, piccoli orti, giardini di ogni tipo. Pareva aver raggiunto una sorta di austero equilibrio, nel quale i rapporti e le passioni umane, una volta così tempestosi, erano stati sostituiti da una strana calma. Alcuni lo consideravano schizoide, altri sano: tutti erano sicuri che avesse raggiunto una sua stabilità. Al quinto anno d'internamento gli concessero una libera uscita sulla parola durante i fine settimana. Era sempre stato un appassionato ciclista e ora si ricomprò una bicicletta. Fu questo a far precipitare il secondo atto della sua strana storia.

Stava scendendo per una ripida collina a gran velocità, come gli piaceva fare, quando da una curva cieca spuntò una macchina completamente contromano. Donald sterzò per evitare lo scontro frontale, perse il controllo e cadde battendo violentemente la testa sul selciato.

Riportò una grave lesione al capo - vasti ematomi subdurali bilaterali, subito evacuati e drenati chirurgicamente - e una seria contusione a entrambi i lobi frontali. Rimase in coma, con emiplegia, per quasi due settimane; poi, sorprendentemente, cominciò a migliorare. A questo punto ebbero inizio gli «incubi».

Il riaffiorare della coscienza non ebbe niente di dolce: fu un ritorno accompagnato da una spaventosa agitazione e angoscia; Donald, non ancora del tutto in sé, si dibatteva violentemente gridando in continuazione: «Dio mio!», oppure «No!». Col progressivo snebbiarsi della coscienza tornava ora la memoria, una memoria intatta che portava con sé un ricordo orribile. I problemi neurologici erano gravi: debolezza e insensibilità del lato sinistro, crisi convulsive, seri deficit frontali, e con questi ultimi qualcosa di assolutamente nuovo. *L'omicidio, l'atto fino a quel momento perso per la memoria, gli si parava ora dinanzi con particolari vividi, quasi allucinatori.* La reminiscenza sorgeva incontrollabile e lo sopraffaceva: egli «vedeva» in continuazione l'omicidio, lo ripeteva nella mente, senza sosta. Era un incubo, era pazzia? Oppure c'era ora un' «ipermnesi», un'irruzione di ricordi autentici, veritieri, divenuti ancora più vividi e spaventosi?

Donald fu sottoposto a un lungo interrogatorio, durante il quale si fece attenzione a non fornirgli suggerimenti di sorta, e ben presto ci si rese conto che la sua era una «reminiscenza» autentica, anche se incontrollabile. *Ora egli conosceva i minimi particolari del suo delitto: tutti i particolari rivelati dal medico legale, mai però resi noti in una seduta pubblica, o allo stesso Donald.*

Tutto ciò che in precedenza era stato, o era parso, perduto o dimenticato - nonostante l'ipnosi o l'iniezione di amital - era ora ricuperato e ricuperabile. Non solo: era anche incontrollabile; e ancora: era assolutamente insopportabile. Donald tentò due volte il suicidio all'unità neurochirurgica e fu necessario somministrargli forti dosi di tranquillanti e trattenerlo con la forza.

Che cosa gli era successo? Che cosa gli *stava* succedendo? Che si trattasse dell'improvvisa irruzione di una fantasia psicotica era escluso dalla veridicità della reminiscenza - e anche se fosse stata tutta una fantasia psicotica, perché si verificava ora, all'improvviso, senza avvisaglie, in concomitanza con la lesione alla testa? I ricordi avevano una carica psicotica, o quasi psicotica: erano, per dirla con un termine psichiatrico, intensamente o sovra- «catessizzati», tanto da indurre Donald a costanti pensieri di suicidio. Ma quale sarebbe una catessi normale per un ricordo del genere, per l'improvviso emergere, da un'amnesia totale, non di qualche oscuro conflitto o colpa edipici, ma di un vero omicidio?

Era possibile che con la perdita dell'integrità dei lobi frontali fosse andato perduto un requisito essenziale per la rimozione, e che ciò a cui noi ora assistevamo fosse un'improvvisa, esplosiva, specifica de-rimozione? Nessuno di noi aveva mai sentito o letto di qualcosa di simile, pur avendo tutti dimestichezza con la generale disinibizione che si osserva nelle sindromi frontali: l'impulsività, l'umorismo inopportuno, la loquacità, l'oscenità, l'esibizione di un Esdisinibito, sfrontato e volgare. Ma non erano questi i tratti mostrati da Donald, che non era affatto impulsivo, non selettivo o insensibile. Il suo carattere, il suo giudizio, la sua personalità generale erano assolutamente intatti: erano solo e specificamente i ricordi e le emozioni collegati all'omicidio che ora irrompevano in modo incontrollabile, ossessionandolo e tormentandolo.

Era implicato uno specifico elemento eccitativo o epilettico? A questo proposito furono particolarmente interessanti le indagini elettroencefalografiche, che, utilizzando speciali elettrodi (nasofaringei) rivelarono, oltre alle saltuarie crisi di

grande male, la presenza in entrambi i lobi temporali di un'incessante irritazione, un'epilessia profonda che si estendeva (era una supposizione, ma per averne la conferma sarebbe stato necessario impiantare degli elettrodi) fino nell'uncus, nell'amigdala, nelle strutture limbiche - il circuito emozionale situato nel profondo dei lobi temporali. Penfield e Perot (in «*Brain*», 1963, pp. 595-696) hanno riferito di «reminiscenza» ricorrente o di «allucinazioni esperienziali» in pazienti soggetti a crisi temporali. Ma gran parte delle esperienze e reminiscenze descritte da Penfield erano in un certo senso passive: il paziente udiva musica, vedeva scene, dove magari era presente, ma *come spettatore, non come attore.* [22] Nessuno di noi aveva mai sentito dire che un simile paziente avesse ri-provato l'esperienza, o meglio, rivissuto un azione - ma a quanto pareva era proprio quello che stava succedendo a Donald. Non si giunse mai a stabilirlo con chiarezza.

Resta solo da raccontare il resto della storia. La giovinezza, la fortuna, il tempo, le capacità di ripresa naturale, un'eccellente funzione pretraumatica coadiuvata da una terapia luriana di «sostituzione» del lobo frontale hanno consentito a Donald, con gli anni, un recupero straordinario. Le sue funzioni frontali sono ora quasi normali. L'uso di anticonvulsivi introdotti solo in questi ultimi anni ha permesso un effettivo controllo della sua irritazione temporale - e anche qui, probabilmente, la ripresa naturale ha fatto la sua parte. Infine un'intelligente e regolare psicoterapia d'appoggio ha temperato la violenza punitiva, autoaccusatoria del super-Io di Donald, e ha ridato spazio alle sfumature più miti dell'Io. Ma la cosa decisiva, la più importante, è che Donald è tornato al giardinaggio. «Occuparmi del giardino mi fa sentire in pace» mi dice. «Non ci sono conflitti. Le piante non hanno un Io. Non possono farti del male dentro». La terapia decisiva, come ha detto Freud, è il lavoro e l'amore.

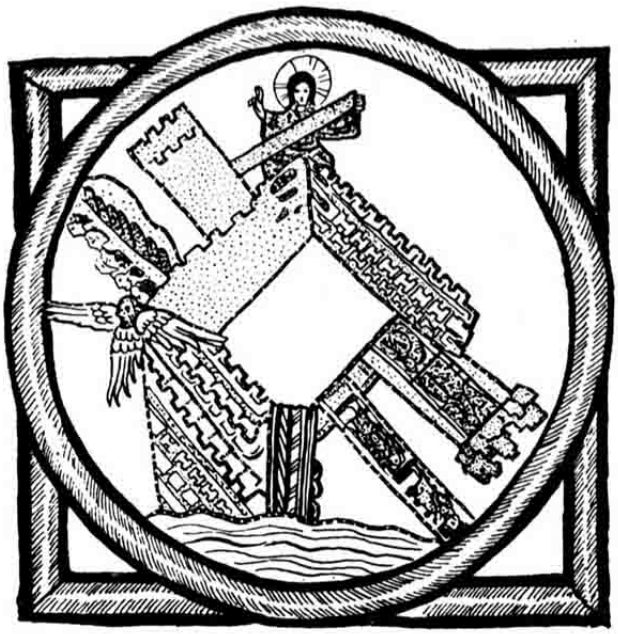
Donald non ha dimenticato né nuovamente rimosso nessun particolare dell'omicidio - sempre che si sia trattato di rimozione - ma non ne è più ossessionato: ha raggiunto un equilibrio fisiologico e morale. Ma come spiegare neurologicamente la perdita, dapprima, e poi il recupero della memoria? Perché l'amnesia, e perché l'esplosiva ricomparsa del ricordo? Perché la sua totale cancellazione e poi i raccapriccianti ritorni allucinatori? Che cosa è veramente successo in questo strano dramma semineurologico? Le risposte a queste domande rimangono a tutt'oggi un mistero.

[22] Tuttavia non era invariabilmente così. In un caso di trauma particolarmente spaventoso, riferito da Penfield, la paziente, una bambina di dodici anni, in ogni crisi aveva l'impressione angosciosa di essere inseguita da un uomo che voleva ucciderla e che la rincorreva con una borsa piena di serpenti vivi. Questa «allucinazione esperienziale» era l'esatta replica di un orribile episodio realmente verificatosi cinque anni prima.

XX

LE VISIONI DI HILDEGARD

La letteratura religiosa di ogni tempo è ricca di descrizioni di «visioni» in cui sentimenti sublimi e ineffabili sono accompagnati dall'esperienza di una radiosa luminosità (William James, in questo contesto, parla di «fotismo»). Nella grande maggioranza dei casi è impossibile accertare se l'esperienza rappresenti un'estasi isterica o psicotica, gli effetti dell'ebbrezza, o una manifestazione epilettica o emicranica. Una straordinaria eccezione è fornita dal caso di Hildegard di Bingen (1098-1180), una monaca e mistica dalle eccezionali doti intellettuali e letterarie, che a partire dalla prima infanzia fino ai suoi ultimi giorni ebbe innumerevoli «visioni», di cui ci ha lasciato mirabili resoconti illustrati nei due codici manoscritti giunti fino a noi: *Liber scivias* e *Liber divinorum operum*.



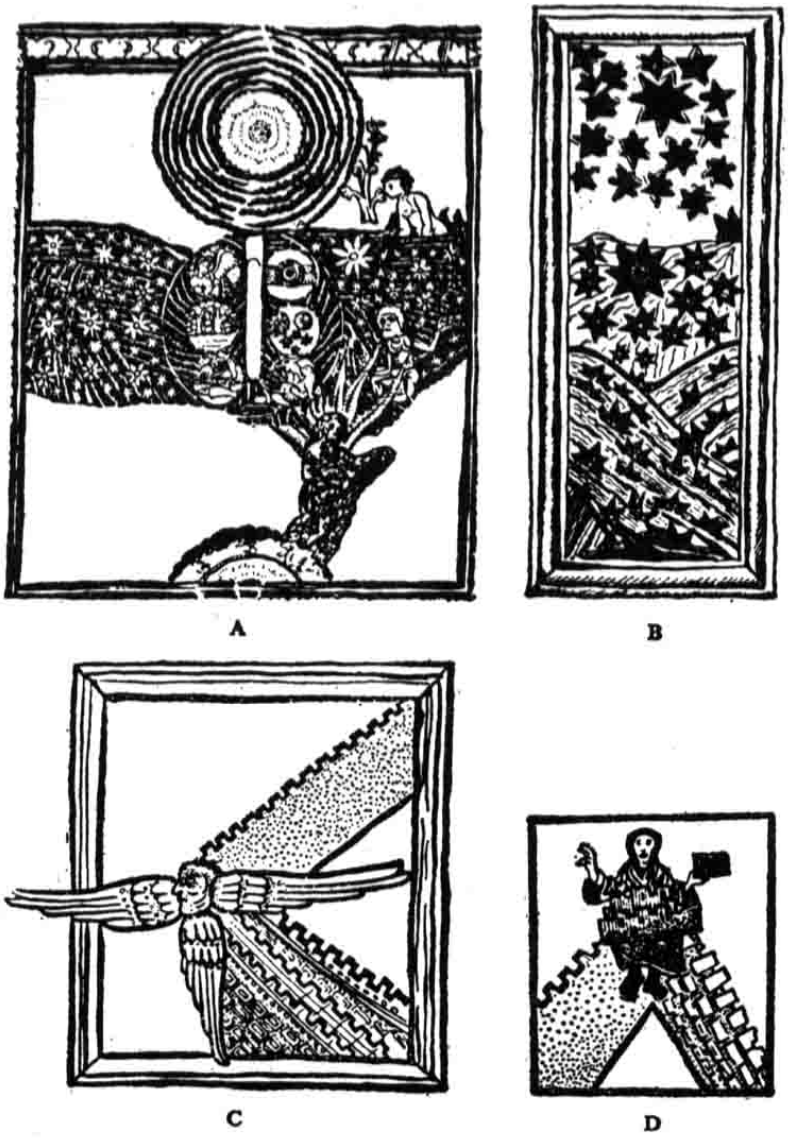
« VISIONE DELLA CITTÀ CELESTE »

Da un manoscritto del *Liber Scivias* di Hildegard, redatto a Bingen intorno al 1180. Questa figura è una ricostruzione tratta da diverse visioni di origine emicranica.

Un attento esame di questi resoconti e delle loro figure non lascia dubbi sulla natura delle visioni: erano indiscutibilmente di origine emicranica e illustrano, anzi, molte delle diverse aure visive già discusse. Nel corso di un ampio saggio sulle visioni di Hildegard, Singer (1958) individua come particolarmente caratteristici i seguenti fenomeni:

«In tutte le visioni esiste come elemento di rilievo un punto o un gruppo di punti di luce, che scintillano e si spostano, di solito con moto ondulatorio, e che sono per lo più interpretati come stelle o occhi fiammeggianti . In parecchi casi una luce, più grande delle altre, mostra una serie di figure circolari concentriche disegnate con

tratto ondulato; spesso vi è la descrizione di ben precise figure-fortezza, in alcuni casi



ALLUCINAZIONI DA EMICRANIE RAPPRESENTATE
NELLE VISIONI DI HILDEGARD

Nella figura A lo sfondo è formato da stelle scintillanti disposte su cerchi concentrici ondulati. Nella figura B uno sciame di stelle luminose (fosfeni) passa e si spegne: successione di scotomi positivi e negativi. Nelle figure C e D Hildegard disegna figure di fortezze tipiche delle allucinazioni da emicrania; esse si dipartono a raggiera da un punto centrale, che nell'originale è luminosissimo e colorato.

irradiantisi da una zona colorata. Spesso le luci davano l'impressione, descritta da tanti visionari, di essere vive, di ribollire o fermentare...».

Hildegard scrive:

«Le visioni che ebbi non le vidi né in sonno né in sogno, né nella follia né con i miei occhi carnali, né con le orecchie della carne né in luoghi nascosti; ma nella veglia, ben desta, e con gli occhi dello spirito e le orecchie interiori, io le percepisco ben chiare allo sguardo e secondo la volontà di Dio».

Una di queste visioni, riprodotta in una figura dove si vedono stelle che cadono e si spengono nell'oceano, significa per lei «La caduta degli angeli»:

«Vidi una grande stella, quant'altre mai splendente e meravigliosa, e con essa una straordinaria moltitudine di stelle cadenti che con la stella proseguivano verso sud...E d'improvviso furono tutte annientate, trasformate in neri carboni...e scagliate nell'abisso, cosicché non le vidi più».

Questa è l'interpretazione allegorica di Hildegard. La nostra, letterale, sarebbe che la monaca registrò uno sciame di fosfeni in transito nel suo campo visivo, cui seguì uno scotoma negativo. Visioni con figure-fortezze sono descritte nel suo *Zelus dei* e *Sedens lucidus* dove le fortezze si dipartono a raggiera da un punto di grande luminosità, che nell'originale scintilla di molti colori. Queste due visioni sono fuse in una visione composita, dove la fortezza è interpretata da Hildegard come *l'aedificium* della città di Dio.

Una grande intensità estatica investe l'esperienza di queste aure, specie le rare volte in cui un secondo scotoma segue immediatamente la scintillazione originale:

«La luce che vedo non è localizzata, eppure è più splendente del sole, né posso misurarne l'altezza, la lunghezza o l'ampiezza, e la chiamo "la nuvola della luce vivente". E come il sole, la luna e le stelle si riflettono nell'acqua, così gli scritti, i detti, le virtù e le opere degli uomini risplendono in essa dinanzi a me...

«Talvolta dentro questa luce ne vedo un'altra, che chiamo "Luce Vivente stessa»...E quando levo ad essa lo sguardo, ogni tristezza e pena svanisce dalla mia memoria, cosicché sono di nuovo una semplice fanciulla e non una vecchia».

Cariche di questa sensazione estatica, ardenti di un profondo significato teoforo e filosofico, le visioni di Hildegard contribuirono a portarla verso una vita di santità e misticismo. Esse forniscono un raro esempio del modo in cui un evento fisiologico, banale, odioso o insignificante per la grande maggioranza delle persone, possa diventare, in una coscienza privilegiata, il sostrato di una suprema ispirazione estatica. Per trovare un valido parallelo storico bisogna arrivare a Dostoevskij, che conobbe a varie riprese aure epilettiche estatiche alle quali attribuiva enorme importanza:

«Vi sono momenti, ed è questione di non più di cinque o sei secondi, in cui si avverte la presenza dell'armonia eterna...la cosa terribile è la chiarezza spaventosa con cui essa si manifesta e il rapimento estatico di cui ti colma. Se questo stato durasse più di cinque secondi, l'anima non riuscirebbe a reggerlo e sarebbe costretta a scomparire. In questi cinque secondi io vivo un'intera esistenza umana; per averli darei tutta la mia vita, né lo riterrei un prezzo troppo alto...».

Parte quarta

IL MONDO DEI SEMPLICI

Quando, diversi anni fa, incominciai a lavorare con i ritardati, pensai che sarebbe stata un'esperienza deprimente e lo scrissi a Lurija. Con mia sorpresa, egli mi rispose in termini quanto mai positivi: di tutti i suoi pazienti nessuno era a lui più «caro di costoro, e considerava le ore e gli anni passati all'Istituto per le insufficienze mentali fra i più umanamente ricchi e interessanti di tutta la sua vita professionale. Un sentimento analogo è espresso nella prefazione alla prima delle sue biografie cliniche (*Linguaggio e sviluppo dei processi cognitivi nel bambino*): «Se un autore ha il diritto di esprimere dei sentimenti circa la propria opera, io devo registrare il calore e la partecipazione con cui sempre mi accosto al materiale pubblicato in questo breve libro».

Che cosa sono questo «calore» e questa «partecipazione» di cui parla Lurija? Sono chiaramente l'espressione di un qualcosa di emotivo e di personale, che non sarebbe possibile se i ritardati non «rispondessero», non possedessero anche loro sensibilità autentica, un potenziale emotivo e personale, quali che siano i loro difetti (intellettuali). Ma è anche di più. É l'espressione di un interesse scientifico: di qualcosa che Lurija considerava di particolarissimo interesse scientifico. Che cosa poteva essere?

Sicuramente qualcosa di ben diverso dalle «deficienze», o dallo studio di esse, cose che in sé offrono un interesse abbastanza limitato. Che cosa dunque vi è di così particolarmente interessante nei semplici?

É qualcosa che riguarda le qualità della mente che sono preservate, e addirittura potenziate, sicché questi individui, sebbene per certi aspetti «mentalmente deficienti», possono essere, per altri aspetti, mentalmente interessanti e persino completi. Qualità della mente diverse da quelle concettuali: ecco ciò che possiamo esplorare con particolare chiarezza nella mente dei semplici (così come in quella dei bambini e dei «selvaggi», anche se, come sottolinea ripetutamente Clifford Geertz, queste categorie non devono mai essere messe sullo stesso piano: i selvaggi non sono né semplici né bambini; i bambini non hanno una cultura selvaggia; e i semplici non sono né selvaggi né bambini). Eppure vi sono importanti affinità, e tutto ciò che Piaget ha messo in luce nella mente del bambino e Lévi-Strauss nel «pensiero

selvaggio», lo ritroveremo, in forma diversa, nella mente e nel mondo dei semplici. [23]

Ciò che attende di essere studiato è una cosa che tocca la mente come il cuore, e che perciò spinge a muoversi nella direzione della «scienza romantica» di Lurija.

Che cos'è questa qualità mentale, questa disposizione, che caratterizza i semplici, che dà loro quella commovente innocenza, quella trasparenza, completezza e dignità, quella qualità così peculiare che ci fa parlare di «mondo» dei semplici (così come parliamo di «mondo» dei bambini o dei selvaggi)?

Se dovessimo racchiudere tutto ciò in una sola parola, questa sarebbe «concretezza»: il loro mondo è vivido, intenso, ricco di particolari, eppure semplice, proprio perché è concreto, e non complicato, diluito o unificato dall'astrazione.

Per una sorta di inversione, o sovversione, dell'ordine naturale delle cose, la concretezza è spesso vista dai neurologi come qualcosa di spregevole, di indegno d'attenzione, di incoerente e regredito. Per Kurt Goldstein, ad esempio, il massimo organizzatore della materia tra gli studiosi della sua generazione, la mente, gloria dell'uomo, è tutta nella facoltà di astrazione e di categorizzazione e l'effetto di un danno cerebrale di qualsiasi tipo è di far precipitare l'uomo da questa regione elevata nelle paludi quasi subumane del concreto. Se l'uomo perde la «facoltà astratto categoriale» (Goldstein) o il «pensiero proposizionale» (Hughlings Jack- son), ciò che rimane è subumano, di nessuna importanza o interesse.

Io la chiamo inversione perché il concreto è fondamentale, è ciò che rende la realtà «reale», viva, personale e significativa. Tutto ciò viene perduto se si perde il concreto, come abbiamo visto nel caso di quel personaggio quasi marziano che era il dottor P. , «l'uomo che scambiò la moglie per un cappello», il quale cadde (con un percorso inverso a quello indicato da Goldstein) dal concreto nell'astratto.

Molto più facile da comprendere, e molto più naturale, è l'idea che nel danno cerebrale il concreto venga conservato: che vi sia non una regressione al concreto, bensì la conservazione del concreto, con la conseguente conservazione della personalità, identità, umanità essenziali, dell'essere della creatura colpita.

É quello che osserviamo in Zasetskij, l'uomo dal «mondo perduto»: nonostante la distruzione delle sue facoltà di astrazione e proposizionali, egli rimane quintessenzialmente uomo, con tutto lo spessore morale e tutta la ricchezza immaginativa di un uomo. Qui Lurija, mentre da un lato sembra appoggiare le formulazioni di Hughlings Jackson e di Goldstein, ne capovolge dall'altro il significato. Zasetskij non è un minorato jacksoniano, e nemmeno un relitto goldsteiniano: è un uomo nella pienezza della sua maturità, un uomo con emozioni e immaginazione assolutamente intatte, e forse potenziate. Il suo mondo non è «in frantumi»: manca di astrazioni unificanti, ma viene esperito come una realtà straordinariamente ricca, profonda e concreta.

Credo che tutto questo valga anche per i semplici - tanto più che, essendo tali da sempre, essi non hanno mai conosciuto l'astratto, non ne sono mai stati sedotti, ma hanno sempre vissuto la realtà in modo diretto e immediato, con un'intensità

[23] Tutti i primi studi di Lurija furono compiuti in questi tre campi affini: l'osservazione diretta dei bambini e delle comunità primitive dell'Asia centrale e gli studi all'Istituto per le insufficienze mentali. Insieme, essi diedero avvio a quell'esplorazione dell'immaginazione umana che sarebbe durata tutta la sua vita. (2) Si veda lo straordinario libro di Frances Yates così intitolato (1966).

elementare e, a volte, soverchiante.

Con loro entriamo in un mondo affascinante e paradossale, dove tutto converge sull'ambiguità del «concreto». E noi in particolare, come medici, terapeuti, insegnanti, scienziati, siamo invitati, anzi costretti *ad esplorare il concreto*. É questa la «scienza romantica» propugnata da Lurija, le cui due grandi biografie cliniche, o «romanzi», possono infatti essere viste come esplorazioni del concreto: di come esso sia conservato, al servizio della realtà, nel cerebroleso Zasetskij, o esagerato, a spese della realtà, nella «supermente» dell'uomo che non dimenticava nulla.

La scienza classica si disinteressa del concreto: in neurologia e in psichiatria esso è considerato alla stregua del futile. Ci vuole una scienza «romantica» perché esso riceva l'attenzione che si merita, perché ne vengano apprezzati gli straordinari poteri...e i pericoli; e nei semplici ci troviamo faccia a faccia col concreto, col concreto puro e semplice, in tutta la sua incondizionata intensità.

Il concreto può aprire certe porte, e può anche chiuderle. Può essere l'accesso alla sensibilità, all'immaginazione, alla profondità, oppure può relegare chi lo possiede (o ne è posseduto) in un mondo di particolari senza senso. Nei semplici vediamo, come amplificati, entrambi i potenziali.

Le facoltà di immaginazione concreta e di memoria, quando siano potenziate dalla natura per compensare la carenza di quelle concettuali e astratte, possono volgere in direzioni del tutto opposte: verso un'attenzione ossessiva ai particolari, verso lo sviluppo di un'immaginazione e di una memoria eidetiche, e l'esibizionismo del «prodigio vivente» (come nel caso dell'uomo che non dimenticava nulla e, nei secoli passati, nel culto della concreta «arte della memoria»). Riscontriamo tendenze in questo senso in Martin A. (capitolo XXII), in José (capitolo XXIV) e soprattutto nei gemelli (capitolo XXIII); tendenze che, specialmente in questi ultimi, vennero esagerate dalle sollecitazioni a prodursi in pubblico, nonché dalla loro stessa modalità ossessiva ed esibizionistica.

Ma di gran lunga più interessanti, più umani, toccanti e «reali» - e tuttavia quasi ignorati dalle ricerche condotte sui semplici (benché immediatamente chiari ai genitori e agli insegnanti intelligenti) - sono il giusto uso e sviluppo del concreto.

Il concreto può anche diventare un veicolo del mistero, della bellezza e della profondità, può condurre alle emozioni, all'immaginazione, allo spirito- non meno di qualsiasi concezione astratta (anzi, forse di più, come sostiene Gershom Sholem, 1965, contrapponendo il concettuale e il simbolico, o Jerome Bruner, 1984, contrapponendo «paradigmatico»e «narrativo»). Il concreto è pronto ad assorbire sentimento e significato, forse più di qualsiasi concezione astratta. É pronto a passare nella dimensione estetica, drammatica, comica, simbolica, nel vasto e profondo mondo dell'arte e dello spirito. I minorati mentali, dunque, benché forse invalidi *concettualmente*, possono essere, nelle loro capacità di apprendimento concreto e simbolico, in tutto e per tutto alla pari di un qualsiasi individuo «normale». (Questa è scienza, ed è anche romanzo, avventura...). Nessuno ha espresso tutto ciò con parole più belle di quelle scritte da Kierkegaard sul letto di morte. Eccole, lievemente ritoccate: «*Oh uomo semplice!* Il simbolismo delle Scritture è qualcosa d'infinitamente elevato...ma non è “elevato” in un senso che abbia a che fare con l'elevatezza *intellettuale*, o con le differenze *intellettuali* fra un uomo e l'altro...No, è

per tutti...tutti possono raggiungere questa altezza infinita».

Un uomo può avere un livello intellettuale «bassissimo»: può non riuscire a infilare una chiave nella serratura, né tanto meno capire le leggi newtoniane del moto, può essere del tutto incapace di comprendere il mondo come insieme di *concetti*, tuttavia può avere la piena capacità - e in questo addirittura dimostrare un grande talento - di comprendere il mondo come concretezza, come simboli. É questo l'altro aspetto, un aspetto quasi sublime, di quegli esseri straordinari, di quegli idioti di genio che sono Martin, José e i gemelli.

Costoro tuttavia, si potrà obiettare, sono eccezionali e atipici. Perciò apro quest'ultima parte con Rebecca, una giovane donna affatto «comune», una semplice con cui lavorai dodici anni fa e che tuttora ricordo con affetto.

XXI

REBECCA

Quando si presentò alla nostra clinica, Rebecca era tutt'altro che una bambina: aveva diciannove anni ma, come diceva sua nonna, «in certe cose è proprio come una bambina». Non sapeva orizzontarsi nel padiglione, non riusciva ad aprire le porte perché non capiva come andasse infilata la chiave e ogni volta che glielo spiegavano lo dimenticava. Confondeva la destra e la sinistra, a volte andava in giro senza accorgersene coi vestiti infilati alla rovescia o col davanti dietro, e, se lo notava, non riusciva a rimetterseli dritti. Era capace di passare ore e ore a cercare di infilare una mano o un piede nel guanto o nella scarpa sbagliati: come diceva la nonna, sembrava non possedere «nessun senso dello spazio». In tutti i suoi movimenti era goffa e scoordinata: un «fantoccio», diceva una relazione clinica; un' «idiota motoria», diceva un'altra (e tuttavia, quando ballava, la sua goffaggine scompariva d'incanto).

Rebecca aveva una schisi parziale del palato che la faceva parlare con un sibilo, aveva dita corte e tozze con unghie brevi e deformate, e una forte miopia degenerativa la costringeva a portare lenti spessissime: tutte stigmate della stessa condizione congenita che aveva causato la sua menomazione cerebrale e mentale. Era timidissima e schiva, ben consapevole com'era di essere da sempre «ridicola e grottesca».

Ma era capace di attaccamenti intensi e profondi, appassionati addirittura. Adorava la nonna che l'aveva cresciuta da quando, all'età di tre anni, era rimasta orfana di entrambi i genitori. Amava la natura e quando la portavano al parco o al giardino botanico, era al settimo cielo. Un'altra sua passione erano le storie, che si faceva leggere dalla nonna o da altri, non avendo mai imparato a farlo da sola, benché ci avesse spesso provato con sforzi addirittura frenetici. «É affamata di storie» diceva la nonna, che per fortuna era ben felice di leggergliele e incantava Rebecca con la sua bella voce. E non solo racconti, anche poesie. Pareva esserci in Rebecca un'esigenza o una fame profonda di queste cose, come se fossero un alimento, una realtà necessaria per la sua mente. La natura era splendida, ma muta. Non bastava. Rebecca aveva bisogno che il mondo le venisse riproposto in immagini verbali, in parole, e non sembrava avere difficoltà a seguire le metafore e i simboli di poesie anche molto profonde, cosa che contrastava nettamente con la sua incapacità di intendere semplici frasi o istruzioni. Il linguaggio dei sentimenti, del concreto, delle immagini e dei simboli costituiva un mondo che lei amava e nel quale spesso riusciva a entrare con una facilità sorprendente. Malgrado la sua inettitudine a livello concettuale (e «proposizionale»), si trovava a suo agio con il linguaggio poetico ed era lei stessa, a suo modo, con una goffa immediatezza che commuoveva, una sorta di poeta naturale, «primitivo». Metafore, immagini verbali, similitudini sorprendenti le venivano spontanee, anche se imprevedibili, sotto forma d'improvvise esclamazioni o allusioni poetiche. La nonna di Rebecca era religiosa e anche Rebecca

amava il rito delle candele il giorno del sabato, le benedizioni e le preghiere che scandiscono la giornata ebraica; le piaceva andare alla sinagoga, dove era ricevuta con affetto (e considerata una figlia di Dio, una specie d'innocente, di «sacra folle») e capiva perfettamente la liturgia, i canti, le preghiere, i riti e i simboli di cui è fatto il servizio ortodosso. Tutto questo essa lo poteva fare, capire e amare, nonostante i suoi gravi problemi percettivi e spazio-temporali e le gravi carenze nella capacità di schematizzazione: non riusciva a calcolare un resto, sbagliava le operazioni più semplici, non imparò mai a leggere e a scrivere e nei test di valutazione del QI otteneva in media 60 o anche meno (pur riuscendo decisamente meglio nelle parti orali che non in quelle di «performance»).

Era quindi un' «idiota», una «scema», una «tonta», o così sembrava e così veniva chiamata da sempre, ma un'idiota dotata di una capacità poetica inaspettata e stranamente commovente. Superficialmente era davvero un cumulo di handicap odi incapacità, con le pesanti frustrazioni e le ansie che ne derivavano; a questo livello essa era e sentiva di essere un'invalida mentale, totalmente priva della disinvoltura e delle abilità degli altri; ma a un livello più profondo handicap e incapacità non erano più avvertiti;vi era piuttosto una sensazione di calma e di completezza, l'impressione di essere pienamente viva, di essere un'anima, profonda ed elevata, e uguale a tutti gli altri. Intellettualmente, dunque, Rebecca si sentiva menomata; spiritualmente si sentiva un essere integro e completo.

La prima volta che la incontrai - goffa, sgraziata, maldestra - vidi in lei semplicemente, o soltanto, una vittima, una creatura ferita, di cui potevo individuare e analizzare con esattezza le menomazioni neurologiche: un gran numero di aprassie e agnosie, una quantità di impedimenti e incapacità psicomotorii, limiti di schematizzazione intellettuale e di concettualizzazione pari (secondo i criteri di Piaget) a quelli di un bambino di otto anni. Una poveretta, mi dissi, forse con un' «abilità isolata», un talento bizzarro per il linguaggio; un semplice mosaico di funzioni corticali superiori, di schemi piagetiani, gravemente compromessi.

Il secondo incontro fu molto diverso. Non la vidi nell'àmbito di un test, di una «valutazione» clinica. Una splendida giornata di primavera mi aveva attirato fuori per una breve passeggiata, prima d'incominciare le mie visite, quando vidi Rebecca che, seduta su una panchina, contemplava tranquilla e con evidente piacere il giovane fogliame d'aprile. L'atteggiamento della sua persona non aveva nulla della goffaggine che mi aveva tanto colpito in precedenza. Così seduta, con un vestitino leggero, il volto disteso in un lieve sorriso, mi fece subito pensare a una delle tante fanciulle di Čechov, Irene, Anja, Sonja, Nina, sul fondale di un čechoviano giardino dei ciliegi. Avrebbe potuto essere una giovane donna qualsiasi che gode una bella giornata di primavera. Questa fu la mia visione umana, ben diversa da quella neurologica.

Quando mi avvicinai, Rebecca udì i miei passi, si voltò e con un largo sorriso agitò una mano senza parlare. «Guarda com'è bello il mondo» pareva dire. E poi, in scatti jacksoniani, vennero esclamazioni strane, improvvise, poetiche: «primavera», «nascita», «crescita», «fermento», «nuova vita», «stagioni», «ogni cosa a suo tempo». Mi venne in mente l'Ecclesiaste: «Per ogni cosa c'è il suo momento, il suo tempo per ogni faccenda sotto il cielo. C'è un tempo per nascere e un tempo per morire, un tempo per piantare e un tempo...». Questo era ciò che Rebecca, nel suo

modo disarticolato, stava esprimendo: una visione delle stagioni, del trascorrere del tempo, simile a quella del Predicatore. «É un Ecclesiaste idiota» mi dissi. E in questo pensiero le due visioni che avevo di lei, quella di un'idiota e quella di una mente simbolizzante, s'incontrarono, si scontrarono e si fusero. Rebecca aveva ottenuto punteggi bassissimi nei test, i quali in un certo senso, come tutti i test neurologici e psicologici, avevano come risultato non solo di scoprire, di evidenziare i deficit, ma di scomporre Rebecca in funzioni e deficit. Sottoposta a test formali essa si era orribilmente frantumata; ora invece, misteriosamente, si era «riunita», ricomposta.

Perché prima era così «de-composta»? Come poteva ora essere così ri-composta? Avevo l'impressione nettissima di due modi di pensiero, o di organizzazione, o di essere, affatto diversi. Il primo, schematico - la capacità di individuare schemi e risolvere problemi -, era stato appunto l'oggetto dei test e lì essa si era rivelata così minorata, così disastrosamente carente. Ma i test non avevano neanche accennato alla possibile esistenza di qualcosa di diverso dai deficit, di qualcosa che fosse, per così dire, al di là dei suoi deficit.

Non mi avevano fatto sospettare nessuna delle sue capacità positive, della sua abilità di percepire il mondo reale - il mondo della natura, e forse dell'immaginazione - come un tutto coerente, intelligibile, poetico: il suo saper vedere, pensare e (quando poteva) vivere questo mondo; non mi avevano dato alcun indizio del suo mondo interiore, il quale era evidentemente composto e coerente, e che essa affrontava come qualcosa di diverso da un insieme di problemi o compiti.

Ma qual era il principio che la «ricomponeva», che le conferiva quella compostezza? Chiaramente non un principio schematico. Mi venne in mente la sua passione per le storie, per la composizione e la coerenza del racconto. É possibile, mi chiesi, che questo essere di fronte a me - insieme fanciulla deliziosa e idiota, una minorata nelle capacità cognitive - riesca a usare un modo narrativo (o drammatico) per comporre e integrare un mondo coerente, in sostituzione del modo schematico che in lei è così carente, anzi addirittura assente? E mi ricordai di come ballava e di come la danza riuscisse a organizzare i suoi movimenti altrimenti scoordinati e goffi.

I nostri test, i nostri approcci, pensai osservandola lì sulla panchina, in muto godimento di uno spettacolo naturale che lei sentiva come sacro, le nostre «valutazioni» sono ridicolmente insufficienti. Ci rivelano solo i deficit, non le capacità; ci forniscono solo dati frammentari e schemi, mentre abbiamo bisogno di vedere una musica, un racconto, una serie di azioni vissute, un essere che si comporta spontaneamente nel suo modo naturale.

Rebecca, pensai, era completa e intatta come essere «narrativo», nelle condizioni che le consentivano di organizzarsi in modo narrativo; ed era molto importante saperlo, poiché ciò permetteva di vedere lei, e il suo potenziale, in modo del tutto diverso da quello imposto dal modo schematico. Forse fu un caso fortunato quello che mi permise di vedere Rebecca nei suoi due modi opposti: così irrimediabilmente menomata nell'uno, così ricca di promesse e di potenziale nell'altro - e fu un caso fortunato che essa fosse una delle prime pazienti che incontrai nella nostra clinica. Poiché ciò che vidi in lei, quello che lei mi mostrò, lo vidi poi in tutti gli altri. Più la osservavo, più Rebecca sembrava acquistare in profondità. O forse era lei che rivelava sempre di più le sue profondità, oppure ero io che ne provavo un

crescente rispetto. Non erano profondità interamente felici - le profondità non lo sono mai -, ma per buona parte dell'anno la felicità fu il loro tratto più evidente.

Poi, in novembre, la nonna di Rebecca morì e la gioia luminosa affiorata in aprile si trasformò in un profondissimo dolore, in tenebra. Ma nonostante la lacerazione della perdita, Rebecca si comportò con grande dignità, e questa nuova dimensione, questa profondità etica ora si aggiunsero a formare un grave e persistente contrappunto al sé luminoso e lirico che prima avevo così sovente osservato.

Andai a trovarla non appena seppi la notizia: mi ricevette con grande dignità, ma raggelata dal dolore, nella sua stanzetta della casa ormai vuota. Il suo modo di esprimersi era di nuovo esclamatorio, «jacksoniano», con brevi scoppi di dolore e di lamentazioni. «Perché se n'è andata? » gridò, e aggiunse: «Piango per me, non per lei». Poi, dopo una pausa: «La nonna sta bene. É andata alla sua lunga dimora». Lunga dimora! Era un simbolo suo o un ricordo, inconscio o allusivo, dell'Ecclesiaste? «Ho tanto freddo» esclamò stringendosi le braccia al corpo. «Non è il freddo di fuori, è l'inverno dentro. Freddo come la morte» aggiunse. «Era una parte di me. Una parte di me è morta con lei». Rebecca era completa nel suo lutto, tragica e completa: in quel momento nulla in lei ricordava la «minorata mentale». Dopo mezz'ora Rebecca si sciolse dal suo gelo e ritrovò un poco del suo calore e della sua vivacità. «É inverno» disse. «Mi sento morta. Ma so che tornerà la primavera».

L'elaborazione del lutto fu lenta, ma vittoriosa, come lei stessa aveva intuito, anche nei momenti di maggior sconforto. Di grande aiuto e sostegno fu una prozia intelligente e comprensiva, una sorella della nonna che andò a vivere con lei. Di grande aiuto furono anche la sinagoga e tutta la comunità, e soprattutto i riti della *shivà* [24] e la speciale posizione che le era accordata come parente più prossima della defunta. Forse le giovò anche parlare liberamente con me. E inoltre, fu aiutata dai *sogni*, che raccontava con animazione e che segnavano delle evidenti *tappe* nell'elaborazione del lutto (si veda Peters, 1983).

Come la ricordo nel sole di aprile, quasi una Nina čechoviana, così la rivedo stagliata con tragica chiarezza sullo sfondo del tetro novembre di quell'anno, in uno squallido cimitero del Queens, ritta davanti alla tomba della nonna a recitare il *kadish*. Le preghiere e le storie della Bibbia l'avevano sempre attratta perché corrispondevano al lato felice, lirico, «di grazia», della sua vita. Ora, nelle preghiere funebri, nel salmo 103 e soprattutto nel *kadish*, essa trovava le sole parole giuste di consolazione e di lamentazione.

Nei mesi che intercorsero fra la prima volta che la vidi, in aprile, e la morte della nonna, in novembre, Rebecca, come tutti i nostri «ospiti» (eufemismo ipocrita allora venuto di moda perché ritenuto meno degradante di «pazienti»), fu convinta a partecipare a gruppi di lavoro e di studio nel quadro delle nostre «iniziative di sviluppo cognitivo e ambientale» (altro esempio della terminologia allora in voga).

La cosa non funzionò, né per Rebecca, né per gran parte degli altri pazienti. Mi convinsi che era tutto un errore: noi li forzavamo al massimo, come già era stato fatto inutilmente e spesso fino a livelli di crudeltà per tutta la loro vita, là dove erano i loro

[24] La prima settimana di lutto [N.d.T.]

limiti. Ci concentravamo troppo sui difetti, come Rebecca fu la prima a farmi capire, e troppo poco su ciò che era intatto o preservato. Per usare un'altra espressione del gergo tecnico, ci preoccupavamo troppo della «difettologia» e troppo poco della «narratologia», la scienza del concreto, così trascurata e così necessaria.

Rebecca illustrò, con esempi concreti, con il suo stesso essere, le due forme, diversissime e separate, del pensiero e della mente, la «paradigmatica» e la «narrativa» (per usare la terminologia di Bruner). Entrambe sono ugualmente naturali e innate nella mente umana nel suo sviluppo, ma quella narrativa viene per prima, ha una priorità spirituale. I bambini amano e chiedono storie e sono in grado di capire argomenti complessi se presentati sotto forma di storie, quando le loro capacità di comprendere concetti generali e paradigmi sono ancora quasi inesistenti. É questo potere narrativo o simbolico che dà *un senso del mondo* - una realtà concreta racchiusa nella forma immaginativa del simbolo e della storia - quando il pensiero astratto non può fornire assolutamente nulla. Un bambino capisce la Bibbia assai prima di Euclide. Non perché la Bibbia sia più semplice (si potrebbe anzi sostenere il contrario), ma perché è strutturata per simboli e narrazioni.

E sotto questo aspetto Rebecca a diciannove anni era ancora, come diceva sua nonna, «proprio come una bambina». Come una bambina, ma non una bambina, perché era adulta. (Il termine «ritardata» fa pensare al persistere della mentalità infantile, il termine «insufficiente mentale» a un adulto incompleto: entrambi i termini, entrambi i concetti sono una combinazione di verità profonda e di falsità).

In Rebecca - e negli altri minorati nei quali sia stato permesso o incoraggiato uno sviluppo personale - le capacità emozionali, narrative e simboliche possono svilupparsi con vigore ed esuberanza, e produrre a volte una sorta di poeta naturale, come Rebecca, o di artista naturale, come José («L'artista autistico», capitolo XXIV), mentre le facoltà paradigmatiche o concettuali, la cui debolezza è evidente fin dall'inizio, arrancano faticosamente e possono raggiungere solo livelli molto bassi e limitati.

Rebecca se ne rendeva perfettamente conto, e me lo aveva dimostrato molto chiaramente sin dal primo giorno, quando mi disse della sua goffaggine, e di come i suoi movimenti scomposti e scoordinati acquistassero coordinazione, compostezza e armonia con la musica; e quando mi mostrò come tutto il suo essere trovava armonia in una scena naturale, dotata di unità e senso organici, estetici e drammatici.

Quasi all'improvviso, dopo la morte della nonna, Rebecca divenne esplicita e decisa. «Basta con le lezioni, basta con i laboratori» disse. «Non mi servono a niente. Non servono a mettermi insieme». E con quella sua capacità di trovare l'esempio o la metafora giusti che io tanto ammiravo, così sviluppata in lei nonostante il suo modestissimo QI, abbassò lo sguardo sul tappeto dello studio e disse:

«Sono come un tappeto, un tappeto vivente. Ho bisogno di un motivo, di un disegno come questo sul suo tappeto. Se non c'è un disegno, vado in pezzi, mi disfo». Guardai il tappeto e mi tornò in mente la famosa immagine di Sherrington: il cervello-mente come un «telaio incantato», che tesse disegni sempre diversi ma sempre dotati di significato. Pensai: è possibile avere un tappeto grezzo, senza disegno? Ed è possibile avere il disegno senza il tappeto (ma questo era come il sorriso del gatto incontrato da Alice senza il gatto)? Un tappeto «vivente», come era

Rebecca, doveva avere l'uno e l'altro; e lei in particolare, con la sua mancanza di struttura schematica (la trama e l'ordito, il tessuto del tappeto, per così dire), senza un disegno (la struttura scenica o narrativa del tappeto) poteva davvero disfarsi.

«Devo trovare un senso» continuò. «Le lezioni, i lavoretti qua e là, non hanno senso...Quello che amo davvero» aggiunse pensosa «è il teatro...».

Togliemmo Rebecca dall'odiato laboratorio e riuscimmo a inserirla in uno speciale gruppo teatrale. Ne fu entusiasta: dal teatro trasse la sua compostezza e rivelò una bravura sorprendente: in ogni parte diventava una persona completa, armoniosa, sciolta nell'espressione e ricca di stile. E chi vedesse ora Rebecca sul palcoscenico - perché il teatro e il gruppo teatrale diventarono ben presto la sua vita- non sospetterebbe mai di trovarsi di fronte a una minorata mentale.

Post scriptum

Il potere della musica, della narrazione e del teatro è di grandissima importanza pratica e teorica. Lo si può osservare anche nel caso di idioti con un QI inferiore a 20 e inabilità e disorientamento motorii di estrema gravità. La musica e la danza possono far scomparire di colpo ogni goffaggine di movimento: con la musica essi sanno tutti a un tratto come muoversi. I ritardati incapaci di svolgere compiti abbastanza semplici che comportano una sequenza di quattro o cinque movimenti o fasi, sono in grado di compierli con esattezza se lavorano con un sottofondo musicale, perché la sequenza che non riescono a ritenere come schema, riescono invece a ritenerla perfettamente come musica, iscritta cioè nella musica. Lo stesso è riscontrabile - e sorprendente - nei pazienti con un grave danno frontale e aprassia, cioè un'incapacità di *fare*, di ritenere i più semplici programmi e sequenze motorii, persino di camminare, anche se l'intelligenza è perfettamente conservata sotto ogni altro aspetto. Questo difetto procedurale, o idiozia motoria, per così dire, del tutto refrattaria a ogni normale sistema di istruzione riabilitativa, svanisce all'istante se l'istruttore è la musica. Questo è indubbiamente la ragione, o una delle ragioni, per cui esistono i canti di lavoro.

Ciò che osserviamo è essenzialmente il potere organizzatore della musica - un'organizzazione efficace e per giunta gioiosa, là dove falliscono le forme di organizzazione schematiche o astratte. E i risultati sono tanto più sorprendenti, naturalmente, proprio quando nessun'altra forma di organizzazione funziona. La musica, o una qualsiasi altra forma narrativa, è quindi essenziale nel lavoro con i ritardati o con gli aprassici: l'istruzione scolastica o la terapia devono essere incentrate sulla musica o su qualcosa di equivalente. E nella recitazione vi è dell'altro ancora: vi è il potere organizzatore della *parte*, il suo potere di conferire nell'arco della sua durata un'intera personalità. La capacità di recitare, di *essere*, la si direbbe «innata» nella vita umana, e del tutto indipendente dalle differenze intellettuali. Lo si vede nei bambini piccolissimi, lo si vede negli anziani dementi, lo si vede soprattutto, con intensità quanto mai commovente, nelle Rebecche di questo mondo.

XXII

IL MELOMANE ENCICLOPEDICO

Il sessantunenne Martin A. fu ricoverato nella nostra clinica verso la fine del 1983 poiché , colpito dal morbo di Parkinson, non era più in grado di badare a se stesso. Una gravissima meningite avuta in età infantile aveva lasciato un ritardo mentale, impulsività, attacchi convulsivi e una lieve emiparesi spastica. Di fronte a un'educazione scolastica assai limitata, possedeva una notevolissima cultura musicale, dovuta al padre, famoso cantante al Metropolitan.

Era sempre vissuto con i genitori e quando questi erano morti aveva dovuto guadagnarsi da vivere facendo il fattorino, il facchino, il cuoco nelle tavole calde e altri lavori simili, sempre di breve durata, perché veniva invariabilmente licenziato per lentezza, svagatezza o incompetenza. Una vita squallida e scoraggiante, se non fosse stato per le sue eccezionali doti musicali e per la gioia che esse procuravano a lui e agli altri.

La sua memoria musicale era sbalorditiva («Conosco più di duemila opere» mi disse una volta), benché non avesse mai imparato a leggere la musica, forse per effettiva incapacità a farlo, cosa peraltro difficile da stabilire con sicurezza, dal momento che egli aveva sempre fatto affidamento sul suo straordinario orecchio musicale e sulla sua capacità di ricordare perfettamente un'opera o un oratorio dopo averli ascoltati una sola volta. Purtroppo la sua voce non era all'altezza dell'orecchio: era intonata ma roca, con una certa disfonia spastica. Il talento musicale innato ed ereditario, veniva naturale concludere, era sopravvissuto alle devastazioni operate dalla meningite e al danno cerebrale. Ma era poi così? Sarebbe davvero diventato un Caruso se non ci fosse stata la meningite? E se invece la sua sviluppata musicalità fosse stata, in una certa misura, una «compensazione» del danno cerebrale e delle limitazioni intellettuali? Non lo sapremo mai. É certo comunque che suo padre gli aveva trasmesso non solo i suoi geni musicali, ma anche la sua passione per la musica, nell'intimità del rapporto padre-figlio e forse nella relazione particolarmente affettuosa che s'instaura fra un genitore e il figlio ritardato. Il lento e goffo Martin fu amato dal padre e ricambiò appassionatamente questo amore, e il sentimento fu cementato dal comune amore per la musica.

Il grande dolore nella vita di Martin era di non poter seguire le orme del padre e diventare un famoso cantante d'opera e di oratori; egli non se ne faceva un'ossessione, però, e traeva un enorme piacere, per sé e per gli altri, da ciò che *riusciva* a fare. Per la sua straordinaria memoria, che non era limitata alla sola musica ma si estendeva a tutti i particolari dell'esecuzione e della rappresentazione, era consultato anche da personaggi famosi. Godeva di una discreta fama di «enciclopedia ambulante»: conosceva non solo la musica di duemila opere, ma anche tutti i cantanti che avevano preso parte alle innumerevoli rappresentazioni e ogni particolare dell'allestimento, della regia, dei costumi e delle scene. (Andava anche fierissimo

della sua capillare conoscenza di New York, strada per strada, casa per casa, e di tutti i percorsi degli autobus e della metropolitana). Era dunque un melomane e in un certo senso una specie di *idiot savant.* Da queste sue prodezze mentali traeva un piacere infantile, come avviene di solito in questi fenomeni viventi. Ma la vera felicità - e l'unica cosa che rendesse la vita sopportabile - era la sua attività come corista nelle chiese del suo quartiere (anche se purtroppo non poteva cantare come solista, a causa della sua disfonia), soprattutto nelle grandi occasioni di Pasqua e di Natale, quando cantava la *Passione secondo Giovanni*, l*a Passione secondo Matteo*, *l'Oratorio di Natale* o *il Messia*, come faceva da cinquant'anni, nelle grandi chiese e nelle cattedrali della città. Aveva anche cantato al Metropolitan e, dopo la sua demolizione, al Lincoln Center, discretamente confuso nella folla dei grandi cori verdiani e wagneriani.

In quelle occasioni - soprattutto negli oratori e nelle passioni, ma anche nei più umili cori di chiesa e nelle corali - Martin, perduto nell'estasi della musica, dimenticava di essere un «ritardato», dimenticava tutta la tristezza e lo squallore della sua vita, si sentiva come avvolto da uno spazio vastissimo, si sentiva un vero uomo e un vero figlio di Dio.

Ma il mondo di Martin, il suo mondo interiore, com'era fatto? Del mondo esterno Martin aveva una conoscenza diretta molto scarsa, e comunque non ne sentiva alcun interesse. Se gli veniva letta una pagina di enciclopedia o di giornale, o gli veniva mostrata una carta dei fiumi dell'Asia o della metropolitana di New York, la sua mente eidetica registrava tutto all'istante. Ma lui non aveva alcun rapporto con queste registrazioni eidetiche: per usare il termine di Richard Wollheim, esse erano «acentriche», non avevano né lui né alcun'altra persona o cosa come loro centro vivente. Tali ricordi parevano contenere ben poca emozione - non più di quanta ve ne fosse in una cartina stradale di New York - e non avevano collegamenti o ramificazioni né venivano in alcun modo generalizzati. Sicché la sua memoria eidetica, che era il suo aspetto «fenomenale», non formava di per sé «un mondo» né dava alcuna impressione del mondo. Era senza unità, senza sentimento, senza relazione con lui. Era una memoria, veniva fatto di concludere, fisiologica, come una memoria a nuclei magnetici o come quella di una banca dati, non faceva parte di un sé vivente reale e personale.

Eppure, questa realtà aveva una straordinaria eccezione nella sua impresa mnemonica al tempo stesso più prodigiosa, più personale e più appassionata: Martin sapeva a memoria tutto il *Dictionary of Music and Musicians* del Grove nella mastodontica edizione in nove volumi pubblicata nel 1954; lo si poteva anzi definire un «Grove ambulante». Suo padre a quel tempo era ormai vecchio e malandato di salute, e non potendo più cantare in pubblico, passava gran parte del giorno a suonare i dischi della sua grande collezione di musica vocale, ripetendo tutti i suoi cavalli di battaglia insieme col figlio ormai trentenne, in un'affettuosissima comunione di vita, e insieme leggendogli da cima a fondo le seimila pagine del dizionario del Grove, che via via s'imprimevano indelebilmente nell'incolta ma quanto mai ritentiva corteccia cerebrale del figlio. Da allora per Martin le parole del Grove e *la voce del padre* furono un tutt'uno che egli non poteva richiamare alla mente senza commuoversi.

Queste prodigiose ipertrofie della memoria eidetica, soprattutto se utilizzate o sfruttate «professionalmente», a volte sembrano spodestare il vero sé, o competere con esso e impedirne lo sviluppo. E se in queste memorie non c'è profondità né sentimento, non c'è però nemmeno dolore, sicché esse possono offrire una «via di fuga» dalla realtà. É chiaramente quanto accadde, in larga misura, nell'uomo che non dimenticava nulla, come racconta efficacemente Lurija nell'ultimo capitolo del suo libro. Ed era certo quello che in parte accadeva, oltre che in Martin A. , nei gemelli e in José (capitoli XXIII e XXIV), ma in ciascuno di questi casi tali facoltà erano utilizzate anche in direzione della realtà, anzi di una «super-realtà»: di un senso eccezionale, intenso e mistico del mondo...

Memoria eidetica a parte, com'era in generale il suo mondo? Era sotto molti aspetti piccolo, gretto, cattivo e buio, il mondo di un ritardato irriso ed emarginato da bambino, e relegato con disprezzo da adulto a lavori umili e spesso licenziato: il mondo di uno che raramente si considerava, o si vedeva considerato, un bambino o un uomo come tutti gli altri.

Martin era spesso infantile, a volte dispettoso e incline a bizze improvvise, durante le quali usava un linguaggio da bambino. Una volta lo sentii urlare: «Adesso ti picchio, brutto cattivo!» e a volte sputava o mollava calci. Era sporco, tirava su col naso, e quando se lo puliva nella manica aveva davvero l'aspetto (e certo anche i sentimenti) di un piccolo moccioso. Queste caratteristiche infantili, unite a una certa mancanza di calore umano e di gentilezza e coronate dal suo irritante esibizionismo eidetico, non lo rendevano simpatico agli altri ricoverati, e ben presto fu evitato da tutti. Si profilava una crisi: Martin regrediva di giorno in giorno, di settimana in settimana, e nessuno aveva ben chiaro che cosa fare. Il suo comportamento fu dapprima attribuito alle «difficoltà di adattamento frequenti in pazienti che lasciano la vita indipendente per entrare in una «casa di riposo». Ma la caposala era convinta che si trattasse di qualcosa di più specifico: «C'è qualcosa che lo rode, come una fame, una fame divorante che non possiamo soddisfare». E continuò: «Lo sta distruggendo. Dobbiamo assolutamente fare qualcosa».

Così in gennaio gli feci una seconda visita e trovai un uomo completamente diverso: invece del presuntuoso esibizionista di prima, avevo davanti un uomo chiaramente abbattuto da un dolore spirituale e in qualche modo anche fisico. «Che cos'ha? » dissi. «Che le succede? ».

«Ho bisogno di cantare» disse ruvidamente. «Altrimenti non posso vivere. Non è solo la musica...se non canto non riesco a pregare». E poi, con un improvviso sprazzo della memoria di un tempo: «“La musica per Bach era l'apparato del culto”, Grove, voce Bach, pagina 304...Non ho mai passato una domenica» continuò più sommesso, come riflettendo «senza andare in chiesa, senza cantare nel coro. Ho cominciato ad andarci appena in grado di camminare, con mio padre, e ho continuato a farlo anche dopo la sua morte nel 1955. *Devo andarci*» disse con forza. «Se non ci vado, muoio».

«Ci andrà» dissi. «Non avevamo idea che fosse una privazione così grave».

La chiesa non era lontana dalla clinica e Martin vi fu nuovamente accolto, non solo come membro fedele della comunità e del coro, ma anche come successore del padre, che del coro era stato la mente e l'esperto.

La sua vita ne fu immediatamente trasformata: aveva ripreso il posto che sentiva come suo; poteva cantare, poteva pregare attraverso la musica di Bach ogni domenica, ed era soddisfatto della tacita autorità che gli veniva accordata.

«Vede, » mi disse durante la mia visita successiva, senza vanteria ma come semplice constatazione «loro sanno che conosco tutta la musica liturgica e corale di Bach. Conosco tutte le cantate sacre, tutte le 202 cantate elencate dal Grove, e so in quali domeniche e in quali feste devono essere cantate. Siamo l'unica chiesa della diocesi con una vera orchestra e un vero coro, l'unica dove siano regolarmente cantate tutte le musiche di Bach. Una cantata per ogni domenica, e a Pasqua faremo la *Passione secondo Matteo*!».

Trovai curioso e commovente che il ritardato Martin avesse questo grande amore per Bach, un musicista che si sarebbe detto troppo intellettuale per un semplicione come lui. Ciò di cui non mi resi conto finché non incominciai a registrare qualcuna delle cantate e una volta il Magnificat, era che, nonostante tutti i suoi limiti intellettuali, l'intelligenza musicale di Martin era perfettamente in grado di apprezzare gran parte della complessità tecnica di Bach, e anzi, che non era affatto una questione d'intelligenza. Bach viveva per lui e lui viveva per Bach.

Il talento musicale di Martin era sì «mostruoso», ma solo se tolto dal suo giusto contesto naturale.

Ciò che era fondamentale per Martin, come lo era stato per suo padre, ciò che li aveva intimamente avvinti, era lo *spirito* della musica, specialmente di quella religiosa, e della voce come strumento divino appositamente creato per cantare, per innalzarsi nel giubilo e nella lode del Signore.

Fu così che quando ritornò alla musica e alla chiesa, Martin divenne un altro: si riprese, ritrovò se stesso, la propria realtà. Le pseudopersone - il ritardato stigmatizzato, il moccioso, il ragazzo che sputava - scomparvero, e con loro scomparve anche l'irritante eidetico freddo e impersonale. Al loro posto ricomparve la vera persona, un uomo equilibrato e dignitoso che ora veniva rispettato e stimato dagli altri pazienti.

Ma la meraviglia, la vera meraviglia, era vedere Martin concentrato nel canto o nell'ascolto, in intima comunione con la musica, con una immedesimazione che rasentava l'estasi: «un uomo nella sua interezza, interamente presente». In queste occasioni - così come succedeva a Rebecca quando recitava o a José quando disegnava o ai gemelli durante la loro strana comunione numerica - Martin era, per dirla in una parola, trasfigurato. Tutto ciò che vi era in lui di deficitario o di patologico scompariva, lasciando solo concentrazione ed entusiasmo, integrità e salute.

Post scriptum

Quando scrissi questo resoconto e i due successivi, mi basavo solo sulla mia esperienza, non conoscendo quasi nulla della letteratura sull'argomento, e non avendo anzi idea di quanto fosse vasta tale letteratura (si vedano, per esempio, i cinquantadue riferimenti bibliografici in Lewis Hill, 1974). Ne ebbi un assaggio, spesso sconcertante e stuzzicante, solo dopo la prima pubblicazione dell'articolo sui gemelli,

quando mi vidi sommerso da lettere e da estratti di articoli.

La mia attenzione fu attirata in particolare da uno studio accurato e affascinante di David Viscott (1970). Ci sono molte analogie fra la sua paziente Harriet G. e il mio Martin. In entrambi i casi c'erano poteri straordinari, usati a volte in modo «acentrico» o di rifiuto della vita, a volte in modo vitale e creativo: ad esempio Harriet, dopo che il padre le ebbe letto le prime tre pagine dell'elenco telefonico di Boston, le aveva imparate a memoria («e per molti anni pot, dare a richiesta qualsiasi numero in esse contenuto»); ma, in modo del tutto diverso e straordinariamente creativo, essa era in grado di comporre musica e poteva improvvisare nello stile di qualsiasi compositore.

É chiaro che entrambi - come i gemelli, di cui parlo nel prossimo capitolo - potevano essere spinti o attirati verso quelle prodezze meccaniche che sono tipiche degli *idiots savants*, prodezze al tempo stesso straordinarie e prive di senso; ma è anche chiaro che entrambi (come i gemelli), quando non erano spinti o attirati in questa direzione, davano prova di una costante ricerca della bellezza e dell'ordine. Martin, pur avendo una memoria eccezionale per fatti casuali e insignificanti, trova il suo vero godimento nell'ordine e nella coerenza, si tratti dell'organizzazione musicale e spirituale di una cantata o di quella enciclopedica del Grove. Bach e Grove comunicano entrambi un *mondo*. L'unico mondo di Martin (e questo vale anche per la paziente di Viscott) è la musica, ma è un mondo reale, che gli dà realtà e riesce a trasfigurarlo. Essere testimoni di questa metamorfosi di Martin è un'esperienza bellissima, come lo era indubbiamente lo spettacolo di Harriet G. al pianoforte:

«Questa signora goffa, sciatta e sgraziata, questa bambina in un corpo di adulta, si trasformò completamente quando le chiesi di suonare per un seminario tenuto al Boston State Hospital. Si sedette composta al piano e attese, gli occhi fissi sui tasti. Quando il silenzio fu completo, sollevò lentamente le mani e le tenne per un attimo sospese sulla tastiera. Poi abbassò il capo e incominciò a suonare con tutto il sentimento e l'impeto di una concertista nata. Da quel momento fu un'altra persona».

XXIII

I GEMELLI

Quando nel 1966 feci la conoscenza dei gemelli John e Michael, ricoverati in un ospedale pubblico, essi erano già famosi. Erano stati alla radio e alla televisione e il loro caso era stato descritto in relazioni scientifiche e in articoli divulgativi. [25] Sospetto anche una loro presenza nella fantascienza, in forma un po' «romanzata» ma sostanzialmente uguale a quella delle loro descrizioni scientifiche. [26]

I gemelli, che avevano allora ventisei anni, avevano vissuto dall'età di sei anni in istituti, con diagnosi che li definivano come autistici, psicotici o gravemente ritardati. Le relazioni in genere concludevano che come *idiots savants* «non erano niente di eccezionale», se non per la loro notevole memoria documentaria dei minimi particolari visivi del loro vissuto, e per l'uso di un inconscio algoritmo calendariale, che consentiva loro di dire all'istante in quale giorno della settimana cadeva una data anche lontana del passato o del futuro. Questo è il parere di Steven Smith nel suo brillante ed esauriente saggio *The Great Mental Calculators* (1983). Dopo la metà degli Anni Sessanta, quando la «soluzione» dei problemi offerti dai gemelli spense il breve interesse suscitato dal loro caso, non ci furono, per quanto ne so, altri studi su di loro.

Ma la «soluzione», io credo, fu in realtà un malinteso, forse inevitabile dato l'approccio stereotipato, la rigida formulazione delle domande, la concentrazione su questa o quella «prova», che caratterizzarono l'approccio dei primi investigatori e che ridussero i gemelli - la loro psicologia, i loro metodi, la loro vita - a poco più che nulla.

La realtà è molto più strana, molto più complessa e molto meno spiegabile di quanto non ipotizzino questi studi, per non parlare dei vari test aggressivi o delle interviste-spettacolo alla televisione.

Non che questi studi o queste esibizioni pubbliche siano «malfatti», anzi sono intelligenti, e spesso informativi nel loro genere, ma si limitano alla «superficie» ovvia e verificabile senza andare in profondità, e non lasciano sospettare, né forse immaginano, l'esistenza di una realtà più profonda.

In effetti non si ha sentore di queste profondità dei gemelli fino a quando non si smette di sottoporli a continui test e di vederli come «soggetti» da studiare. Bisogna abbandonare la tendenza a circoscrivere e a verificare, e conoscere i gemelli come persone, osservarli apertamente, serenamente, senza preconcetti, con un'apertura fenomenologica totale e simpatetica, osservarli mentre vivono, pensano e interagiscono in tutta tranquillità, secondo le loro modalità spontanee e singolari. Solo allora si scopre che è in atto qualcosa di decisamente misterioso, che vi sono poteri e profondità di un genere forse fondamentale che in diciott'anni, da quando

[25] Per esempio Horwitz et al. (1965) e Hamblin (1966).
[26] Si veda il romanzo di Robert Silverberg Thorns (1968), soprattutto le pp. 11-17.

cioè li conosco, non sono stato in grado di «spiegare».

Al primo incontro i gemelli non fanno effettivamente un'impressione troppo gradevole: sembrano due grotteschi Tweedledum e Tweedledee, indistinguibili, immagini speculari l'uno dell'altro, identici nel volto, nei movimenti, nella personalità, nella mente, identici anche nelle stigmate del danno cerebrale e dei tessuti. La loro statura è al di sotto della media, hanno mani e testa fortemente sproporzionate, il palato molto convesso, i piedi arcuati, la voce monotona e stridula, tutta una serie di curiosi tic e manierismi; inoltre una gravissima miopia degenerativa li obbliga a portare lenti molto spesse e deformanti, che danno loro un'aria da professorini strambi e concentratissimi, con un'intensità sproporzionata, ossessiva, assurda. E questa impressione si rafforza non appena cominciano le domande, o quando li si lascia liberi di dare inizio spontaneamente e con un sincronismo da marionette a uno dei loro «numeri».

Questa è l'immagine che di loro viene data negli articoli pubblicati, e quella che risulta nelle loro esibizioni sul palcoscenico (sono una frequente «attrazione»nello spettacolo organizzato ogni anno dal mio ospedale) e nelle non infrequenti, e piuttosto imbarazzanti, apparizioni in televisione.

I «fatti», in tali circostanze, si ripetono con monotonia. «Diteci una data, una qualunque degli ultimi o dei prossimi quarantamila anni» esordiscono i gemelli. Gli viene proposta una data e un attimo dopo loro dicono a quale giorno della settimana corrisponde. «Un'altra data!» esclamano, e la scena si ripete. Sanno anche dire la data di qualsiasi Pasqua entro lo stesso periodo di ottantamila anni. Nel corso del loro numero si può notare una cosa di solito non menzionata nelle relazioni: i gemelli ruotano gli occhi e poi li arrestano in un modo particolare, come se stessero srotolando un calendario mentale o scrutando un paesaggio interiore. A guardarli, si direbbe che «vedano», che visualizzino intensamente, però la conclusione corrente è che essi ricorrano al puro calcolo.

La loro memoria per le cifre è straordinaria, forse illimitata. Ripetono con la stessa facilità un numero di tre, trenta o trecento cifre. Anche questo è stato attribuito a un «metodo».

Ma quando si mette alla prova la loro abilità nel calcolo - che è il tipico pezzo forte dei genii aritmetici e dei «calcolatori mentali» - danno risultati pessimi, come ci si può aspettare dal loro QI di 60. Non sono in grado di eseguire semplici addizioni o sottrazioni e non sanno nemmeno che cosa sia una moltiplicazione o una divisione. Com'è possibile che dei «calcolatori» non sappiano calcolare e manchino delle più rudimentali capacità aritmetiche?

Tuttavia li chiamano «calcolatori del calendario», ed è stato concluso e accettato, su basi in realtà debolissime, che nei loro calcoli di date essi si servano non della memoria ma di un algoritmo inconscio. Se si pensa che persino Carl Friedrich Gauss, uno dei massimi matematici e calcolatori, trovò difficilissimo elaborare un algoritmo per calcolare la data della Pasqua, è assai poco credibile che questi gemelli, incapaci persino dei più semplici metodi aritmetici, possano avere desunto e determinato un simile algoritmo e siano in grado di servirsene. Vero è che moltissimi calcolatori hanno elaborato a proprio uso un ampio repertorio di metodi e di algoritmi e questo ha forse indotto W. A. Horwitz *et al*. a concludere che ciò valesse

anche per i gemelli. Steven Smith, accettando per definitivi questi primi studi, commenta:

«In tutto ciò è in atto qualcosa di misterioso, anche se banale: la misteriosa abilità umana di formare algoritmi inconsci sulla base di esempi».

Se tutto si riducesse a questo, i gemelli potrebbero davvero essere considerati banali e per niente misteriosi, poiché il calcolo di algoritmi, che può essere benissimo svolto dalle macchine, è essenzialmente meccanico e rientra nella sfera dei «problemi» e non in quella dei «misteri».

Invece anche nelle loro esibizioni più plateali c'è un qualcosa che sorprende e lascia perplessi. Essi sanno dire che tempo faceva e che cosa era successo in un giorno qualunque della loro vita a partire dal loro quarto anno di età. Il loro modo di parlare - ben riprodotto da Robert Silverberg nel personaggio di Melangio - è al tempo stesso infantile, preciso e privo di emozioni. Appena si dà loro una data, roteano brevemente gli occhi, li arrestano e poi, con voce piatta e monotona, vi dicono com'era il tempo quel giorno, enumerano gli scarni avvenimenti politici di cui avevano sentito parlare allora e i fatti accaduti quel giorno nella loro vita; questi ultimi spesso includono i dolori e le angosce dell'infanzia, il disprezzo, lo scherno e le mortificazioni subiti, il tutto però riferito con tono piatto e uniforme, senza la minima inflessione o emozione personale. Qui si ha evidentemente a che fare con ricordi che sembrano di tipo «documentario», privi di ogni riferimento o relazione personali o di qualsiasi centro vivente.

Si potrebbe quasi dire che da questi ricordi il coinvolgimento personale, l'emozione, siano stati cancellati, per quello stesso meccanismo di difesa riscontrabile negli ossessivi e negli schizoidi (e i gemelli devono senz'altro essere considerati come tali). Ma si potrebbe altrettanto legittimamente dire, ed è anzi più plausibile, che ricordi di questo tipo non hanno mai avuto un carattere personale, perché tale assenza è una caratteristica fondamentale della memoria eidetica, come è appunto la loro.

Ma ciò che occorre mettere in risalto - e che non è stato a sufficienza segnalato da coloro che hanno studiato il caso dei gemelli, benché sia evidentissimo a un ascoltatore ingenuo pronto a lasciarsi sbalordire - è la vastità della loro memoria, la sua estensione si direbbe illimitata (pur se infantile e banale), e insieme il modo in cui vengono richiamati i ricordi. Se si chiede loro come fanno a tenere a mente tante cose - numeri di trecento cifre o miliardi di avvenimenti degli ultimi quarant'anni -, rispondono in tutta semplicità: «Li vediamo». E questo «vedere», questo «visualizzare», con una straordinaria intensità, un'illimitata estensione e una perfetta fedeltà pare essere la chiave di tutta la faccenda. La si direbbe una capacità fisiologica innata, analoga per certi versi nei suoi meccanismi a quella del famoso paziente di Lurija descritto in *Viaggio nella mente di un uomo che non dimenticava nulla*, anche se ai gemelli manca forse la ricca sinestesia e l'organizzazione consapevole dei ricordi del paziente russo. Ma non v'è dubbio, almeno da parte mia, che i gemelli dispongano di un prodigioso panorama, di una sorta di paesaggio o fisionomia di tutto ciò che hanno sentito, visto, pensato o fatto e che in un batter d'occhio, con un processo che si manifesta esternamente nel breve roteare degli occhi e nel loro arrestarsi improvviso, essi sono in grado di ritrovare e di «vedere» (con l'

«occhio della mente») quasi tutto ciò che si trova in quelle ampie distese.

Siffatte capacità mnemoniche sono effettivamente rare, ma non certo uniche. Sappiamo poco o nulla di ciò che le determina, nei gemelli o in chiunque altro. Vi è dunque qualcosa in loro che merita un interesse più profondo, come accennavo prima? Io sono convinto di sì.

Si racconta che, una volta, Sir Herbert Oakley, professore di musica a Edimburgo nel secolo scorso, trovandosi in una fattoria, sentì strillare un maiale ed esclamò all'istante: «Sol diesis!». Qualcuno corse al pianoforte: era proprio un sol diesis. Il mio primo contatto con le capacità «naturali», e il modo «naturale», dei gemelli avvenne in maniera assai simile, spontanea e (non potei fare a meno di pensare) piuttosto comica.

Una scatola di fiammiferi che era sul tavolo cadde spargendo il contenuto sul pavimento. «111!» gridarono i gemelli all'unisono; e poi John mormorò: «37», Michael lo ripeté, John lo disse una terza volta e tacque. Contai i fiammiferi (mi ci volle un certo tempo): erano 111.

«Come avete fatto a contare i fiammiferi così in fretta? » chiesi. «Non li abbiamo contati» dissero. «Abbiamo *visto* il 111».

Storie simili si raccontano di Zacharias Dase, il mago dei numeri, che gridava all'istante «183» o «79» non appena veniva rovesciato un mucchio di piselli, e spiegava come meglio poteva (essendo anche lui un ritardato) che non li contava ma ne «vedeva» il numero in un lampo, come un insieme.

«E perché avete mormorato "37" e lo avete ripetuto tre volte? » chiesi ai gemelli. Risposero all'unisono: «37, 37, 37, 111».

Trovai questo, se possibile, ancora più sconcertante. Che essi *vedessero* in un lampo il 111, la «centoundicità», era straordinario, ma forse non più straordinario del sol diesis di Oakley, una specie di «orecchio assoluto» per i numeri. Ma essi avevano aggiunto la «scomposizione in fattori primi» del numero 111, senza avere alcun metodo, senza nemmeno «sapere» (nel senso comune) che cosa fosse un fattore primo. Non avevo già osservato che erano incapaci di eseguire i calcoli più semplici e che non «capivano» (o parevano non capire) che cosa fosse la moltiplicazione o la divisione? Eppure ora avevano spontaneamente diviso un numero composto in tre parti uguali.

«Come ci siete arrivati? » dissi con una certa foga. Essi spiegarono, come meglio potevano, con parole povere e inadeguate - ma forse non vi sono parole per cose del genere - che «non ci erano arrivati», ma che semplicemente l'avevano «visto», in un lampo. John fece un gesto con il pollice e due dita tesi, come per indicare che avevano spontaneamente diviso in tre il numero, o che esso si era «scisso» da sé in quelle tre parti uguali per una specie di «fissione» numerica spontanea. Parvero sorpresi della mia sorpresa, come se io fossi in qualche modo cieco; e il gesto di John trasmetteva un senso straordinario di realtà immediata, *sentita*. É possibile, mi dissi, che riescano in qualche modo a «vedere» le proprietà, non concettualmente, in maniera astratta, ma come *qualità*, percepite dai sensi in modo per così dire concreto, immediato? E non solo le qualità isolate, come la «centoundicità», ma anche le qualità di relazione? Forse più o meno allo stesso modo in cui Sir Herbert Oakley avrebbe potuto dire «una terza» o «una quinta».

Mi ero già convinto, per questa loro capacità di «vedere» gli avvenimenti e le date, che essi potevano tenere a mente, che *tenevano* a mente un immenso arazzo mnemonico, un paesaggio vasto (o forse infinito) nel quale ogni cosa poteva essere vista, o isolata o in relazione ad altro. Quello che maggiormente veniva mostrato quando essi svolgevano il loro implacabile e affollatissimo «documentario» era l'isolamento piuttosto che la relazione. Ma queste prodigiose capacità di visualizzazione - capacità essenzialmente concrete e ben distinte dalla concettualizzazione - non potevano fornire loro il potenziale per vedere relazioni, relazioni formali, di forma, arbitrarie o significative? Se potevano vedere la «centoundicità» al primo sguardo (se potevano vedere un'intera «costellazione» di numeri), non potevano anche «vedere» al primo sguardo - vedere, riconoscere, mettere in relazione e paragonare, in modo del tutto sensuale e inintellettuale - formazioni e costellazioni di numeri enormemente complesse? Una capacità ridicola, paralizzante addirittura. Pensai al Funes di Borges:

«Noi, in un'occhiata, percepiamo: tre bicchieri su una tavola. Funes: tutti i tralci, i grappoli e gli acini d'una pergola...Un cerchio su una lavagna, un triangolo rettangolo, un rombo, sono forme che noi possiamo intuire pienamente; allo stesso modo Ireneo vedeva i crini rabbuffati d'un puledro, una mandria innumerevole in una sierra...Non so quante stelle vedeva nel cielo». [27]

I gemelli, che sembravano avere una particolare passione e padronanza dei numeri, che avevano visto la «centoundicità» al primo sguardo, non potevano forse vedere nella loro mente una «pergola» numerica, con tutti i tralci-numeri, grappoli-numeri, acini-numeri che la componevano? Era un pensiero strano, forse assurdo, quasi impossibile - ma ciò che essi mi avevano già mostrato era tanto strano da superare quasi ogni comprensione. E, per quanto ne sapevo, era solo un assaggio di ciò che potevano fare.

Riflettei sulla questione, ma non venni a capo di nulla. E poi me ne dimenticai. Me ne dimenticai finché non si verificò un secondo episodio, spontaneo e magico, al quale assistei per puro caso.

Questa volta i gemelli sedevano vicini in un angolo, con un sorriso misterioso e segreto sul volto, un sorriso che non avevo mai visto prima, paghi dello strano piacere e della pace che parevano aver raggiunto. Mi avvicinai in silenzio per non disturbarli. Sembravano avvinti in una straordinaria conversazione puramente numerica. John diceva un numero, un numero di sei cifre. Michael afferrava il numero, annuiva, sorrideva e pareva assaporarlo. Poi diceva a sua volta un numero di sei cifre offrendolo a John, che a sua volta lo gustava con soddisfazione. Facevano pensare, a tutta prima, a due esperti assaggiatori intenti a degustare vini rari di annate prestigiose. Immobile e non visto, io ero ipnotizzato e stupefatto.

Che diavolo stavano facendo? Che roba era quella? Non ci capivo nulla. Forse era un gioco, ma aveva una gravità e un'intensità serena, meditativa, quasi religiosa, che non avevo mai osservato in nessun gioco, e sicuramente mai nei gemelli, di solito così esagitati e confusi. Mi accontentai di prendere nota dei numeri che dicevano, di quei numeri che palesemente procuravano loro una tale gioia e che essi

[27] J.L. Borges, Funes, o della memoria, in Tutte le opere, vol. I, Milano, Mondadori, 1984, p. 712.

«contemplavano», assaporavano, condividevano, in comunione profonda.

Erano numeri dotati di un qualche significato? mi chiesi tornando a casa. Avevano un qualche senso «reale» o universale, oppure anche solo un senso esclusivamente privato o stravagante, come i buffi «linguaggi» segreti che ci si inventa a volte tra fratelli? E pensai ai gemelli di Lurija, Lëša e Jura, gemelli identici cerebrolesi e con disturbi del linguaggio, e a come giocavano e chiacchieravano tra loro usando un linguaggio primitivo e balbettante (Lurija e Yudovich, 1959). John e Michael non usavano nemmeno parole o frammenti di parole: si palleggiavano numeri. Erano numeri «borgesiani» o «funesiani», semplici pergole, o crini di cavallo, o costellazioni numeriche, forme numeriche private, una specie di argot numerico che solo loro conoscevano?

A casa tirai subito fuori le tavole delle potenze, dei fattori primi, dei logaritmi e dei numeri primi, tutti ricordi e cimeli di una strana fase di isolamento della mia fanciullezza in cui anch'io rimuginavo numeri, ero un «veggente» di numeri e nutrivo per loro una curiosa passione. Il mio sospetto fu confermato. *Tutti i numeri che i gemelli si erano scambiati, numeri di sei cifre, erano primi,* cioè divisibili solo per se stessi e per l'unità. I gemelli avevano in qualche modo visto o posseduto un libro come il mio, oppure, chissà come, «vedevano» i numeri primi, così come avevano «visto» la centoundicità o la tripla trentasettità? Certo era che non li calcolavano, perché non sapevano calcolare nulla.

Il giorno seguente tornai al reparto portando con me il prezioso libro dei numeri primi. Li trovai di nuovo appartati in comunione numerica, ma questa volta mi sedetti accanto a loro in silenzio. Dapprima ne furono sorpresi ma, vedendo che non li interrompevo, ripresero il loro «gioco» con i numeri primi di sei cifre. Dopo qualche minuto decisi di unirmi anch'io e arrischiai il mio numero, un numero primo di otto cifre. Si voltarono entrambi verso di me, poi si bloccarono di colpo con un'espressione di intensa concentrazione e forse di stupore sui volti. Ci fu una lunga pausa, la pausa più lunga che gli avessi mai visto fare, mezzo minuto o anche più; poi, d'improvviso e simultaneamente, sorrisero.

Dopo chissà quale processo interno di verifica, avevano riconosciuto il mio numero di otto cifre come numero primo e ne avevano provato chiaramente una grande gioia, una doppia gioia: in primo luogo, perché gli avevo offerto un nuovo e bellissimo giocattolo, un numero primo di un ordine di grandezza da loro mai incontrato prima; e poi perché era evidente che avevo capito ciò che stavano facendo, che mi piaceva, che lo ammiravo e potevo prendervi parte.

Si scostarono un po' per farmi posto in mezzo a loro: ero un nuovo compagno di giochi numerici, una terza presenza nel loro mondo. Poi John, che prendeva sempre l'iniziativa, pensò a lungo, almeno cinque minuti, durante i quali non osai né muovermi né quasi respirare, e alla fine tirò fuori un numero di nove cifre. Dopo una pausa identica, suo fratello Michael rispose con un numero simile. Toccava a me: diedi uno sguardo furtivo al libro e proclamai sfacciatamente un numero primo di dieci cifre.

Il silenzio questa volta fu ancor più lungo e stupefatto; poi, dopo una prodigiosa contemplazione interiore, John sillabò un numero di dodici cifre. Non potevo né controllarlo né rispondere perché il mio libro, unico nel suo genere per

quanto ne so, non andava oltre i numeri primi di dieci cifre. Ma Michael sì, anche se gli ci vollero cinque minuti. E un'ora più tardi i gemelli si scambiavano numeri primi di venti cifre, o così almeno credo, dato che non avevo modo di verificarlo. E nel 1966 una simile verifica non era facile, se non si disponeva di un elaboratore molto sofisticato, e anche con quello sarebbe stato sempre difficile: che si usi o il crivello di Eratostene o qualunque altro algoritmo, non esiste alcun metodo semplice per calcolare i numeri primi. *Non esiste un metodo semplice per calcolare numeri primi di questo ordine di grandezza*, eppure i gemelli ci riuscivano. (Ma si veda il *Post scriptum*).

Pensai di nuovo a Dase, che avevo incontrato anni prima nell'affascinante libro di F. W. H. Myers, *Human Personality* (1903):

«Sappiamo che Dase (forse il più sensazionale di questi prodigi) era singolarmente privo di conoscenze matematiche...Eppure in dodici anni aveva compilato tavole di fattori primi e numeri primi fino al settimo e quasi all'ottavo milione - un'impresa che senza aiuto meccanico pochi avrebbero saputo portare a termine nell'arco di una vita».

Dase può quindi essere considerato, conclude Myers, l'unico uomo che abbia mai reso un prezioso servizio alla matematica pur non essendo in grado di superare il Ponte dell'asino.

Quello che Myers non chiarisce, e che forse non era chiaro, è se Dase avesse qualche metodo per compilare le sue tavole oppure, come fanno pensare i suoi semplici esperimenti di «visione dei numeri», in qualche modo «vedesse» questi grandi numeri primi, come a quanto pare facevano i gemelli.

Quando osservavo i gemelli senza disturbarli, cosa che potevo fare facilmente perché avevo uno studio nel loro reparto, li vedevo occupati con giochi numerici sempre diversi o in intima comunione numerica, la cui natura non potevo stabilire o anche solo indovinare.

Ma sembra probabile, o forse certo, che quello che fanno ha come oggetto proprietà o qualità «reali», perché ciò che è arbitrario, per esempio i numeri casuali, dà loro poco o nessun piacere. É chiaro che hanno bisogno di un «senso» nei loro numeri, allo stesso modo forse che un musicista ha bisogno di armonia. E in effetti mi capita di paragonarli a dei musicisti, oppure a Martin (capitolo XXII), anche lui un ritardato, il quale nella serena e maestosa architettura di Bach trovava una manifestazione sensibile dell'armonia e dell'ordine supremi del mondo che gli erano del tutto inaccessibili concettualmente a causa dei suoi limiti intellettuali.

«Chi sia armonicamente composto» scrive Sir Thomas Browne «trova diletto nell'armonia...e in una profonda contemplazione del Primo Compositore. Vi è in essa qualcosa della Divinità, più di quanto l'orecchio non possa scoprire; è una Lezione Geroglifica e adombrata sul Mondo intero...un frammento sensibile di quell'armonia che risuona intellettualmente nelle orecchie di Dio...L'anima...è armonica ed ha la sua più prossima simpatia con la Musica».

In *The Thread of Life* (1984), Richard Wollheim traccia una distinzione assoluta fra i calcoli e quelli che chiama stati mentali «iconici», e così previene una possibile obiezione:

«Qualcuno potrebbe contestare il fatto che tutti i calcoli sono non-iconici

adducendo la ragione che a volte egli calcola visualizzando il calcolo su una pagina. Ma questo non è un controesempio. In tali casi infatti ciò che viene rappresentato non è il calcolo in sé ma una rappresentazione di esso; si calcolano i numeri ma si visualizzano i *numerali*, che rappresentano i numeri».

D'altro canto Leibniz stabilisce un'allettante analogia fra i numeri e la musica: «Il piacere che traiamo dalla musica viene dal *contare*, ma da un contare inconscio. La musica non è altro che aritmetica inconscia».

Qual è dunque, per quanto ci è dato saperne, la situazione dei gemelli, e forse di altri? Lawrence Weschler mi racconta che il suo bisnonno, il compositore Ernst Toch, poteva tenere a mente con facilità una lunghissima serie di numeri dopo averla ascoltata una sola volta; ma lo faceva «convertendo» la serie di numeri in una melodia (un motivo musicale che egli stesso inventava «in modo corrispondente» ai numeri). Jedediah Buxton, uno dei più grevi ma ostinati calcolatori di tutti i tempi, che per il calcolo e per i numeri aveva una passione autentica, addirittura patologica (egli stesso diceva di «ubriacarsi di numeri»), «convertiva» la musica e le opere teatrali in numeri. «Durante la danza» riferisce un resoconto contemporaneo del 1754 «egli concentrò la sua attenzione sul numero dei passi; dopo un eccellente brano musicale dichiarò che gl'innumerevoli suoni prodotti dalla musica lo avevano oltremodo confuso, e persino al signor Garrick prestò attenzione solo per contare le parole da lui pronunciate, cosa che, dichiarò, gli riuscì alla perfezione».

Ecco due begli esempi, anche se di segno contrario: un musicista che volge i numeri in musica e un calcolatore che volge la musica in numeri. Non potrebbero esserci, credo, due tipi di mente o, almeno, due modi mentali più opposti. [28]

Credo che i gemelli, che hanno uno straordinario «senso» dei numeri, pur non essendo assolutamente capaci di eseguire calcoli, siano in questo piuttosto affini a Toch che a Buxton. Tranne che - e questo è ciò che noi gente comune troviamo così difficile - essi non «convertono» i numeri in musica, ma li sentono, dentro di sé, come «forme», come «toni», al pari della moltitudine di forme che costituisce la natura stessa. Essi non sono dei calcolatori, e la loro numericità è «iconica». Evocano e abitano strani scenari di numeri; spaziano liberamente in grandi paesaggi di numeri; creano, drammaturgicamente, un intero mondo fatto di numeri. Essi hanno, io credo, un'immaginazione singolarissima, e non ultima fra le sue singolarità è che essa può immaginare solo numeri. Non sembrano «operare» con i numeri, non iconicamente, come gli altri calcolatori; li «vedono», direttamente, come una vasta scena naturale.

E se ci si chiede se esistono analogie, quanto meno, per una simile «iconicità», credo che le si possa trovare in certe menti scientifiche. Dmitrij Mendeleev, per esempio, si portava in tasca biglietti su cui erano scritte le proprietà numeriche degli elementi, finché non gli divennero perfettamente «familiari» - così familiari che non pensava più a loro come ad aggregati di proprietà ma (così ci dice) come a «volti familiari». Ormai li vedeva iconicamente, fisiognomicamente, come «volti» - volti imparentati fra di loro, come membri di una famiglia, i quali in toto costituivano, disposti periodicamente, l'intero volto formale dell'universo. Una simile mente

[28] Qualcosa di paragonabile al modo di Buxton, che forse pare il più «innaturale» dei due, fu mostrato dalla mia paziente Miriam H. (in *Awakenings*) nei suoi attacchi «aritmomanici».

scientifica è fondamentalmente «iconica» e «vede» la natura intera come volti e scene, e forse anche come musica. Questa «visione», questa visione interiore soffusa di fenomenico, ha nondimeno una relazione integrale con il fisico, e la sua restituzione, dallo psichico al fisico, costituisce il lavoro secondario, o esteriore, di tale scienza. («Il filosofo cerca di udire dentro di sé gli echi della sinfonia del mondo» scrive Nietzsche «e di riproiettarli in forma di concetti»). I gemelli, benché deficienti, udivano, io suppongo, la sinfonia del mondo, ma l'udivano esclusivamente sotto forma di numeri.

L'anima è «armonica», quale che sia il QI, e per alcuni, come gli studiosi delle scienze fisiche e i matematici, il senso dell'armonia, forse, è principalmente intellettuale. Eppure io non riesco a pensare ad alcunché d'intellettuale che non sia, in qualche modo, anche sensibile - anzi, la stessa parola «senso» ha sempre questa doppia connotazione. Sensibile, e in un certo senso anche «personale», poiché non si può sentire nulla, non si può trovare nulla «sensibile» a meno che non sia in qualche modo collegato o collegabile a se stessi. Così, la possente architettura di Bach fornisce, come faceva per Martin A. , «una Lezione Geroglifica e adombrata sul Mondo intero», ma è anche, in modo riconoscibile, singolare, intimo, Bach; e anche questo Martin A. lo sentiva, con acuta partecipazione, e lo collegava con il proprio amore per suo padre.

I gemelli, io credo, non solo possiedono una singolare «facoltà», ma possiedono anche una sensibilità, una sensibilità armonica, forse legata a quella musicale. La si potrebbe chiamare, molto naturalmente, una sensibilità «pitagorica»: e lo strano è non che essa esista ma che si riveli così rara. Forse l'esigenza di trovare o sentire una qualche armonia o ordine supremi è un universale della mente, quali che siano i suoi poteri e la forma in cui essa si manifesta. La matematica è sempre stata chiamata la «regina delle scienze», e i matematici hanno sempre considerato il numero come un grande mistero e il mondo come organizzato, misteriosamente, dalla potenza del numero. Questa convinzione è meravigliosamente espressa da Bertrand Russell nel prologo alla sua *Autobiografia*:

«Con uguale passione ho perseguito la conoscenza. Ho desiderato comprendere il cuore degli uomini. Ho desiderato sapere perché splendono le stelle. E ho cercato di comprendere la potenza pitagorica per la quale il numero domina sul flusso degli eventi».

É strano paragonare questi gemelli minorati a un'intelligenza, a uno spirito come quello di Bertrand Russell. Eppure non credo che sia poi tanto improbabile. I gemelli vivono esclusivamente in un mondo mentale di numeri. Non provano interesse per lo splendore delle stelle o per il cuore degli uomini. Eppure io sono persuaso che per loro i numeri non sono «solo» numeri, ma significazioni, significanti il cui «significando» è il mondo.

Essi non si accostano ai numeri con leggerezza, come fa la maggior parte dei calcolatori. Non provano interesse per i calcoli, non sono capaci di eseguirli e non li comprendono. Sono piuttosto dei sereni contemplatori del numero, e ai numeri si accostano con un senso di riverenza e soggezione. I numeri per loro sono sacri, gravidi di significato. Sono il loro modo - come per Martin la musica - di conoscere il Primo Compositore.

Ma i numeri non incutono loro solo soggezione, sono anche degli amici, forse gli unici amici che abbiano mai avuto nella loro vita isolata, autistica. É questo un modo di sentire piuttosto diffuso fra la gente dotata di talento per i numeri, e di esso Steven Smith, pur riconoscendo l'estrema importanza del «metodo», cita vari esempi assai piacevoli: George Parker Bidder che, parlando della sua passione infantile per i numeri, scriveva: «Acquistai una perfetta dimestichezza con i numeri fino a cento; essi divennero, per così dire, amici intimi, di cui conoscevo a fondo famiglia, parentela e ambiente». O l'indiano Shyam Marathe, suo contemporaneo: «Quando dico che i numeri sono miei amici, intendo dire che con ciascuno di essi in passato ho avuto a che fare in vari modi, trovandovi sovente nuove e affascinanti qualità nascoste...Così, se in un calcolo m'imbatto in un numero conosciuto, lo considero immediatamente un amico».

Hermann von Helmholtz, a proposito della percezione musicale dice che i toni composti, pur potendo essere analizzati nelle loro singole componenti, sono normalmente uditi come qualità, qualità uniche di tono, come un tutto indivisibile. Egli parla a questo proposito di una «percezione sintetica» che trascende l'analisi ed è l'essenza non analizzabile di ogni senso musicale. Paragona questi toni ai volti, e ritiene che li si possa riconoscere più o meno allo stesso modo, un modo personale. In breve, egli accenna alla possibilità che i toni musicali, e certe melodie, siano effettivamente dei «volti» per l'udito e siano immediatamente riconosciuti, avvertiti, come «persone» (o «personità»), riconoscimento che comporta calore, emozione, relazione personale.

La stessa cosa sembra accadere a coloro che amano i numeri: anche questi ultimi sono riconoscibili come tali con un unico, intuitivo, personale «Ti conosco!». [29] Il matematico Wim Klein ne rende bene l'idea: «I numeri sono per me, quale più quale meno, degli amici. Per voi 3844 non significa la stessa cosa, vero? Per voi è solo un tre, un otto, un quattro e un altro quattro. Ma io dico: “Ehilà, 62 al quadrato!”».

Credo che i gemelli, in apparenza così isolati, vivano in un mondo pieno di amici, che abbiano milioni, anzi miliardi di numeri ai quali dicono: «Ehilà!» e quelli, ne sono certo, gli rispondono: «Ehilà!». Ma, come 62 al quadrato, questi numeri non sono mai arbitrari, e per trovarli i gemelli (e qui sta il mistero) non usano nessuno dei soliti metodi, anzi, per quanto ne capisco, non usano nessunissimo metodo. Sembrano piuttosto servirsi di una cognizione diretta, come gli angeli. Essi vedono direttamente un universo e un cielo di numeri. E questa facoltà, per quanto singolare, per quanto bizzarra - ma che diritto abbiamo di chiamarla «patologica»? - conferisce una peculiare e serena autosufficienza alla loro vita: interferire con essa o infrangerla potrebbe avere effetti tragici.

[29] La percezione e il riconoscimento dei volti solleva problemi particolarmente affascinanti e fondamentali, poiché sembra, da molti indizi, che noi riconosciamo i volti (almeno quelli familiari) immediatamente e non con un processo di analisi e aggregazione. La cosa si manifesta in modo drammatico, come abbiamo visto, nella «prosopagnosia», nella quale, come conseguenza di una lesione alla corteccia occipitale destra, i pazienti non sono più in grado di riconoscere i volti come tali, e devono ricorrere a un procedimento indiretto, elaborato e assurdo che comporta un'analisi minuziosa di elementi separati e privi di significato (capitolo I).

Questa serenità fu effettivamente interrotta e distrutta dieci anni dopo, quando si giudicò opportuno separare i gemelli - «per il loro bene», per porre fine alla loro morbosa intimità e per metterli in grado «di affrontare il mondo...in un modo consapevole e socialmente accettabile» (così si disse, con tipico gergo medico e sociologico). Essi vennero quindi separati nel 1977, con risultati che si possono considerare a scelta soddisfacenti o atroci. Furono entrambi trasferiti in un istituto di «reinserimento» dove ora svolgono, sotto stretta sorveglianza, lavoretti semplici che gli permettono di guadagnare qualche spicciolo. Hanno imparato a prendere i mezzi pubblici, se gli viene ben spiegato cosa devono fare e gli viene già dato il biglietto, e riescono a tenersi abbastanza puliti e presentabili, anche se è sufficiente un'occhiata per accorgersi della loro condizione di minorati e psicotici.

Questo è l'aspetto positivo, ma ve n'è anche uno negativo (non menzionato nelle loro cartelle cliniche perché non è mai stato riconosciuto). Privati della loro «comunione» numerica, impossibilitati a dedicarsi a qualsiasi forma di «contemplazione» o di «comunione», sempre sospinti come sono da un lavoro all'altro, essi sembrano aver perso la loro strana facoltà numerica, e con essa la principale gioia e il senso della loro vita. Ma questo sarà certo considerato un piccolo prezzo da pagare per la loro semi-indipendenza e la loro «accettabilità sociale».

La loro sorte ricorda per certi versi quella di Nadia, una bambina autistica con un talento fenomenale per il disegno (vedi p. 66). Anche Nadia fu sottoposta a un regime terapeutico «per trovare il modo di massimizzare le sue potenzialità in altre direzioni». Il risultato netto fu che essa incominciò a parlare - e smise di disegnare. Nigel Dennis commenta: «Ci ritroviamo con un genio amputato del suo genio, cui non è rimasto altro che una generale deficienza. Che cosa dobbiamo pensare di questa strana cura? ».

Bisognerebbe aggiungere - e su questo punto si sofferma F. W. H. Myers, il quale nelle prime pagine del capitolo «Genius» si occupa dei prodigi matematici - che tali facoltà sono «strane» e possono scomparire spontaneamente, anche se altrettanto spesso durano tutta una vita. Nel caso dei gemelli, naturalmente, non si trattava solo di una «facoltà», ma del centro personale ed emozionale della loro vita. E ora che sono stati separati, ora che la facoltà è scomparsa, la loro vita non ha più né senso né centro. [30]

Post scriptum

Quando lesse il manoscritto di questo testo, Israel Rosenfield fece notare che vi è un'altra aritmetica, più elevata e semplice di quella «convenzionale» delle operazioni, e prospettò la possibilità che le singolari facoltà (e i limiti) dei gemelli riflettessero il loro uso di questa aritmetica «modulare». In una nota di risposta, egli ha avanzato l'ipotesi che gli algoritmi modulari, del tipo descritto da Ian Stewart nel terzo capitolo di *Concepts of Modern Mathematics* (1975), possano spiegare l'abilità

[30] D'altro canto, se questa discussione dovesse parere troppo idiosincratica, è importante rilevare che nel caso dei gemelli studiati da Lurija, la separazione era essenziale al loro sviluppo, li «sbloccava» da un balbettio e da un legame sterile e privo di senso e consentiva loro di evolversi come persone sane e creative.

dei gemelli nei calcoli di calendario:

«La loro abilità nel determinare il giorno della settimana entro un periodo di ottantamila anni fa pensare a un algoritmo piuttosto semplice. Si divide per sette il numero totale di giorni tra "oggi" e "allora". Se non vi è resto, la data cade nello stesso giorno di "oggi": se il resto è uno, la data cade un giorno dopo, e così via. Da notare che l'aritmetica modulare è ciclica: consiste di strutture (*patterns*) ripetitive. Forse i gemelli visualizzavano queste strutture, in forma o di semplici tabelle o di una specie di "paesaggio", come la spirale di numeri interi riportata a pagina 30 del libro di Stewart.

«Questo non spiega perché i gemelli comunicassero in numeri primi. Ma l'aritmetica del calendario richiede il numero primo sette. E se si pensa all'aritmetica modulare in generale, la divisione modulare produrrà strutture cicliche precise solo se si usano numeri primi. Dal momento che il numero primo sette aiuta i gemelli a reperire le date, e di conseguenza gli avvenimenti di determinati giorni della loro vita, essi hanno forse trovato che altri numeri primi producono strutture simili a quelle così importanti per le loro imprese mnemoniche. (Quando, vedendo i fiammiferi, essi dicono: "111...37 per 3", prendono appunto il numero primo 37 e lo moltiplicano per 3). In effetti, solo le strutture prime sono "visualizzabili". Le diverse strutture prodotte dai diversi numeri primi (per esempio, le tavole pitagoriche) sono forse le informazioni visive che essi si comunicano a vicenda quando ripetono un dato numero primo. In breve, l'aritmetica modulare può aiutarli a richiamare alla mente il proprio passato, e di conseguenza le strutture create usando questi calcoli (che sono possibili solo con i numeri primi) possono assumere per i gemelli un significato particolare».

Con l'uso di questa aritmetica modulare, fa rilevare Ian Stewart, si può rapidamente arrivare a una soluzione stupefacente in situazioni che sconfiggono ogni «comune» aritmetica - in particolare nella ricerca (con il cosiddetto «principio della piccionaia»)di numeri primi di estrema grandezza e non calcolabili (con i metodi convenzionali).

Se tali metodi, tali visualizzazioni, sono visti come algoritmi, sono algoritmi di un genere molto particolare - organizzati non algebricamente ma spazialmente, come alberi, spirali, architetture, «paesaggi mentali» - configurazioni in uno spazio mentale formale e tuttavia quasi sensoriale. Ho trovato molto stimolanti i commenti di Israel Rosenfield e le spiegazioni fornite da Ian Stewart circa un'aritmetica «superiore» (e in particolare modulare), poiché sembrano promettere, se non una «soluzione», una illuminazione di facoltà altrimenti inspiegabili, come quelle dei gemelli.

Questa aritmetica più elevata o più profonda fu concepita, nei suoi princìpi, da Gauss nel 1801, nelle sue *Disquisitiones Arithmeticae*, ma è stata applicata solo in anni recenti. C'è da chiedersi se non esista, accanto a un'aritmetica «convenzionale» (cioè, un'aritmetica delle operazioni) - spesso irritante per insegnanti e studenti, «innaturale» e difficile da imparare-, anche un'aritmetica profonda del genere descritto da Gauss, che sia davvero innata nel cervello, altrettanto innata quanto la sintassi «profonda» e la grammatica generativa di Chomsky. Una simile aritmetica, in una mente come quella dei gemelli, potrebbe essere dinamica e quasi viva: ammassi globulari e nebulose di numeri che ruotano e si evolvono in un cielo

mentale in continua espansione.

Come ho già detto, dopo la pubblicazione di «I gemelli» ricevetti numerose comunicazioni, personali e scientifiche. Alcune trattavano specificamente della «visione» o dell'apprendimento dei numeri, altre del possibile senso o del significato di tale fenomeno, altre delle caratteristiche generali delle disposizioni e sensibilità autistiche e delle possibilità di incoraggiarle o di inibirle, altre ancora del problema dei gemelli identici. Particolarmente interessanti erano le lettere dei genitori di bambini con tali problemi, e tra queste le più rare e straordinarie venivano dai genitori che le circostanze avevano spinto alla riflessione e alla ricerca e che erano riusciti a combinare una profonda partecipazione emotiva con una rigorosa oggettività. Fra di loro c'erano i Park, genitori estremamente intelligenti di una bambina altrettanto intelligente ma autistica (si vedano C. C. Park, 1967, e D. Park, 1974). La bambina dei Park, Ella, aveva un grande talento per il disegno e una straordinaria attitudine per i numeri, evidente soprattutto nella prima infanzia. Era affascinata dall' «ordine» dei numeri, soprattutto dei numeri primi. A quanto pare, tale particolare sensibilità per i numeri primi non è rara. C. C. Park mi scrisse di un altro bambino autistico da lei conosciuto che riempiva fogli interi di numeri scritti «costrittivamente». «Erano tutti numeri primi» osservava Park, e aggiungeva: «Sono finestre che si aprono su un altro mondo». In seguito essa menzionò una recente esperienza con un giovane autistico anch'egli affascinato dai fattori e dai numeri primi, che egli percepiva all'istante come «speciali». Anzi, per sollecitare una reazione, si doveva usare la parola «speciale»:

> «"Ha qualcosa di speciale questo numero, Joe (4875)? ".
> «Joe: "É divisibile solo per 13 e 15".
> «Di un altro (7241): "É divisibile per 13 e per 557".
> «E di 8741: "É un numero primo"».

Park commenta: «Nessuno della famiglia rinforza il suo interesse per i numeri primi; essi sono un piacere solitario».

Non è chiaro, in questi casi, in che modo le risposte vengano trovate quasi istantaneamente, se siano «calcolate», «conosciute» (ricordate), o, in qualche modo, semplicemente «viste». Chiari sono invece il particolare senso di piacere e il significato connessi ai numeri primi; in parte essi sembrano accompagnarsi a un senso di bellezza e simmetria formali, ma in parte anche a un peculiare «significato» o «potere» associativo. Nel caso di Ella, tutto questo era spesso chiamato «magico»: i numeri, specialmente i primi, evocavano pensieri, immagini, sentimenti, connessioni particolari - alcuni quasi troppo «speciali» o «magici» per essere menzionati. Tutto questo è ben descritto nell'articolo citato di David Park.

Kurt Gődel ha discusso, in modo affatto generale, la possibilità per i numeri, soprattutto quelli primi, di fungere da «contrassegno» - per idee, persone, luoghi, o altro; tali contrassegni godeliani renderebbero possibile una aritmetizzazione» o una «numerizzazione» del mondo (si veda E. Nagel e J. R. Newmann, 1958). Se ciò è veramente possibile, può essere che i gemelli, e quelli come loro, non vivano

semplicemente in un mondo di numeri, ma in un mondo, in questo mondo, come numeri, e che la loro meditazione numerica o i loro giochi siano una sorta di meditazione esistenziale - e, se si arriva a comprenderli o a trovarne la chiave (come a volte succede a David Park), siano anche una strana e precisa comunicazione.

XXIV

L'ARTISTICO AUTISTICO

«Disegna questo» dissi, e diedi a José il mio orologio da taschino.

José aveva circa 21 anni, era considerato un ritardato senza speranza ed era appena reduce da una delle violente crisi cui andava soggetto. Era un ragazzo magro, dall'aspetto fragile.

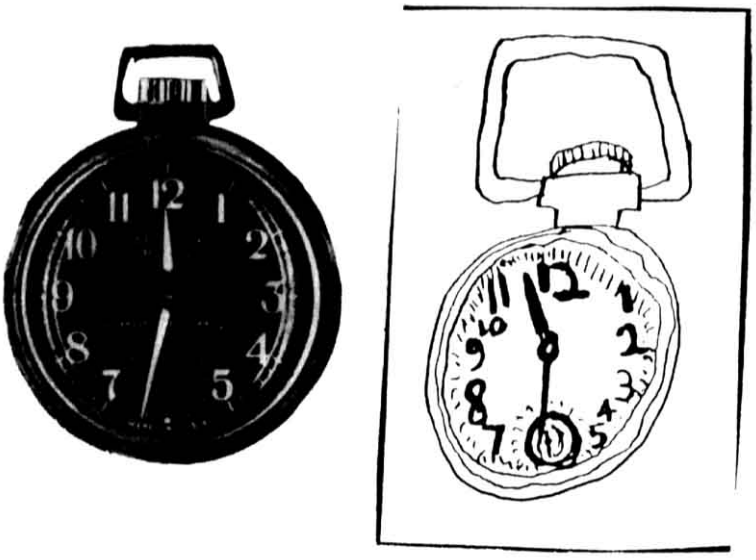
La sua svagatezza e la sua irrequietezza cessarono di colpo. Prese l'orologio delicatamente, come se fosse stato un talismano o un gioiello, lo posò davanti a sé e lo fissò a lungo, immobile e concentratissimo.

«É un idiota» intervenne l'assistente. «Non stia a chiederglielo. Lui non sa mica cos'è, non sa leggere le ore. Non sa nemmeno parlare. Dicono che è "autistico", ma per me è solo idiota». José impallidì, forse più per il tono dell'assistente che per le sue parole - l'assistente aveva appena detto che José non usava le parole.

«Forza» dissi. «Sono sicuro che ce la farai».

José cominciò a disegnare in un silenzio assoluto, concentrandosi completamente sul piccolo orologio che gli stava davanti, escludendo ogni altra cosa. Per la prima volta era sicuro e non più esitante, composto e non più svagato. Disegnava con rapidità ma minuziosamente, con un tratto chiaro, senza cancellature.

Chiedo quasi sempre ai pazienti, se è loro possibile, di scrivere e disegnare, in parte perché questo può fornire un indice approssimativo di varie competenze, in parte perché è espressione del «carattere» o dello «stile».



José aveva disegnato l'orologio con straordinaria fedeltà, riproducendo tutti i particolari (per lo meno quelli essenziali: non copiò le scritte *Westclox, shock resistant, made in Usa),* e non solo l'ora (anch'essa fedelmente registrata, le 11. 30) ma persino tutti i minuti e il piccolo quadrante dei secondi, senza tralasciare la chiavetta zigrinata della carica e l'anello trapezoidale dove si aggancia la catena;

quest'ultimo era notevolmente ingrandito, mentre tutte le altre parti erano nelle proporzioni giuste. Poi mi accorsi che le cifre erano diverse per misura, forma e stile: alcune erano spesse, altre sottili; alcune allineate, altre rientrate; alcune semplici, altre elaborate e persino un po' gotiche. E alla lancetta dei secondi, che nell'originale si notava appena, era stato dato un forte rilievo, come nei piccoli quadranti interni degli orologi stellari o degli astrolabi.

L'idea essenziale dell'oggetto, la sua peculiarità, erano state espresse in modo sorprendente, tanto più sorprendente se José, come aveva detto l'assistente, non aveva nessuna idea del tempo. Per il resto, vi era una strana mescolanza di accuratezza puntigliosa, persino ossessiva, e di elaborazioni e varianti curiose (e, a mio parere, comiche).

La cosa mi lasciò perplesso, e continuai a pensarci tornando a casa. Un «idiota»? Autismo? No, qui si trattava di altro.

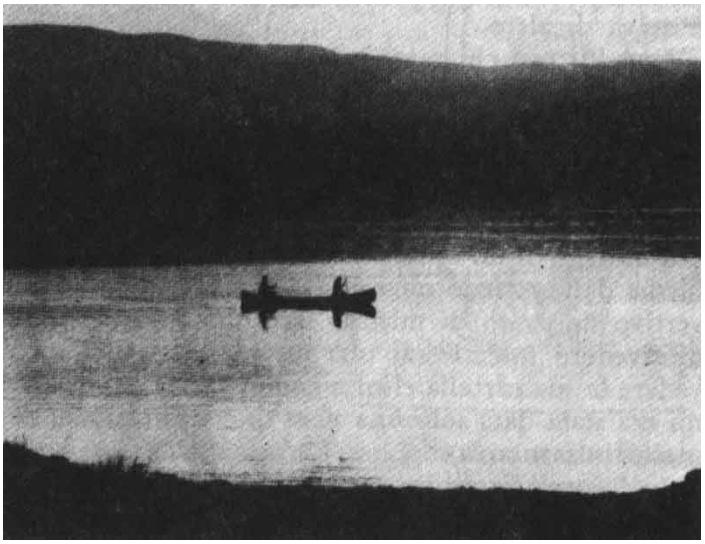
Non fui più chiamato a vedere José. La prima visita, una domenica sera, era stata per un'emergenza. José aveva avuto numerose crisi convulsive per tutto il fine settimana, e nel pomeriggio avevo prescritto per telefono una nuova terapia anticonvulsiva. Ora che le sue crisi erano «sotto controllo», non c'era più bisogno di un altro parere neurologico. Ma il problema dell'orologio mi ronzava ancora in testa, vi avvertivo un senso di mistero irrisolto. Avevo bisogno di rivedere José. Fissai una nuova visita e chiesi di vedere la sua cartella clinica completa (la prima volta mi era stata data solo una nota di consultazione, non molto informativa).

José entrò in clinica tranquillo, quasi indifferente, non aveva alcuna idea del motivo per cui era stato chiamato (e forse non gli interessava), ma quando mi vide la sua faccia si illuminò di un sorriso che cancellò all'istante l'espressione spenta e indifferente, la maschera che ricordavo. Fu un sorriso breve e timido, come un'apparizione fuggevole colta nello spiraglio di una porta.

«Ho pensato a te, José» dissi. Forse non capì le mie parole, ma capì il mio tono. «Vorrei vedere qualche altro disegno» e gli porsi la mia penna.

Che cosa potevo fargli disegnare questa volta? Avevo con me, come sempre, una copia di «Arizona Highways», una bellissima rivista ricca di illustrazioni che tenevo nella mia cartella per uso neurologico, come materiale da test per i miei pazienti. Sulla copertina c'era una scena idilliaca di due persone in canoa su un lago, con uno sfondo di montagne al tramonto. José cominciò con il primo piano, una massa quasi nera stagliata contro il cielo: la delineò con estrema accuratezza e cominciò a riempirla. Era chiaramente una cosa da fare con un pennello, non con una penna sottile. «Lascia perdere» dissi allora, indicando col dito. «Passa alla canoa». Rapidamente, senza esitazione, José schizzò i contorni delle figure e la canoa. Guardò di nuovo brevemente la foto, poi la mise da parte, le forme già impresse nella mente; quindi, con gesti rapidi, riempì i contorni col lato della penna.

Anche questa volta, e più profondamente, trattandosi di un'intera scena, fui impressionato dalla rapidità e dalla minuziosa accuratezza della riproduzione, tanto più che José aveva studiato un attimo la canoa e poi l'aveva messa da parte, con la figura ormai ben chiara nella mente. Questo deponeva decisamente contro l'idea che egli si limitasse a copiare (l'assistente aveva detto: «É solo una Xerox») e faceva invece pensare a un'apprensione della foto come una figura, il che rivelava una



sorprendente capacità non di mera copiatura ma di percezione.

La sua figura infatti aveva una tensione che mancava all'originale. Le due persone, ingrandite, erano più intense, più vive, davano un'impressione di azione e di energia finalizzata per nulla evidenti nell'originale. Erano insomma presenti tutti i segni di quello che Richard Wollheim chiama «iconicità», ossia soggettività, intenzionalità e drammatizzazione. Sicché, in aggiunta alla capacità di produrre un semplice facsimile, peraltro già sorprendente, egli sembrava possedere chiare capacità d'immaginazione e di creatività. Quello che veniva fuori dal disegno non era *una* canoa, ma la *sua* canoa.

Voltai qualche pagina della rivista e trovai un articolo sulla pesca della trota illustrato da un acquarello che mostrava un vivaio di trote con rocce e alberi sullo sfondo e, in primo piano, una trota arcobaleno nell'atto di afferrare l'esca. «Disegna questo» dissi indicando il pesce. José lo fissò intensamente, parve sorridere tra sé, poi si concentrò sul foglio e con evidente soddisfazione, e con un sorriso sempre più largo, disegnò il *suo* pesce.

Nell'osservarlo disegnare anch'io sorrisi senza volerlo, perché ora José, sentendosi a suo agio in mia presenza, si era abbandonato all'entusiasmo artistico e ciò che si stava furtivamente delineando non era un semplice pesce, ma un pesce con

un suo «carattere».

L'originale non diceva nulla, sembrava senza vita, bidimensionale, quasi imbalsamato. Il pesce di José, invece, colto nell'attimo di un colpo di coda, era fortemente tridimensionale, molto più simile a un vero pesce di quanto non fosse l'originale. Ciò che José aveva aggiunto al suo pesce non era solo verosimiglianza e animazione, ma qualcos'altro, qualcosa di intensamente espressivo, benché non del tutto tipico di un pesce: una bocca cavernosa, da balena, un muso vagamente coccodrillesco, un occhio che, bisognava dire, era decisamente umano, col suo lampo malandrino. Era un pesce molto buffo e divertente, e non c'era da stupirsi che José disegnandolo avesse sorriso: era una specie di persona-pesce, un personaggio da racconto per bambini, come il Valletto-ranocchio di *Alice nel paese delle meraviglie*.

Ora avevo qualcosa su cui lavorare. Il disegno dell'orologio mi aveva sorpreso, aveva acceso il mio interesse, ma non permetteva in sé alcuna riflessione o conclusione. La canoa aveva dimostrato che José aveva una notevole memoria visiva, e qualcosa di più. Il pesce rivelò una vivace fantasia altamente personale, un senso dell'umorismo e un non so che di affine alle illustrazioni delle parole. Certo non era grande arte, era arte "primitiva", forse infantile; ma, a modo suo era sicuramente arte. Ora, fantasia, umorismo e arte sono precisamente cose che non ci si aspetta di trovare negli idioti, o negli *idiots savants*, o negli autistici. Questa per lo meno è l'opinione prevalente.

La mia amica e collega Isabelle Rapin aveva conosciuto personalmente José anni prima, quando fu ricoverato nella clinica neurologica infantile con «crisi non dominabili». Con la sua grande esperienza, essa non dubitò che il ragazzo fosse «autistico». A proposito dell'autismo in genere aveva scritto:

«Un numero limitato di bambini autistici possiedono un'eccezionale abilità di decodificazione del linguaggio scritto e diventano iperlessici o sviluppano una fissazione per i numeri...Le straordinarie abilità di taluni bambini autistici di ricomporre Puzzles, smontare giocattoli meccanici o decodificare testi scritti possono riflettere le conseguenze di una esagerata focalizzazione dell'apprendimento su compiti spaziovisuali non verbali con esclusione, o mancanza, della domanda di apprendimento di abilità verbali» (1982, pp. 146-50).

Osservazioni in qualche modo simili, specificamente riguardanti il disegno, sono fatte da Lorna Selfe nel suo straordinario libro Nadia (1978). Uno studio della letteratura sugli *idiots savants* e sugli autistici ha rivelato alla dottoressa Selfe che tutte le loro abilità e prestazioni vengono considerate come basate solo sulla memoria e sul calcolo, mai su qualcosa di personale o sulla fantasia. E se questi bambini sapessero disegnare, abilità ritenuta molto rara, anche i loro disegni sarebbero

puramente meccanici. La letteratura parla di «isole di abilità» e di «capacità isolate». Non lascia alcuno spazio alla possibilità di una personalità individuale, o tanto meno creativa.

Che cosa era dunque José? dovetti chiedermi. Che specie di essere? Che cosa succedeva dentro di lui? Come era arrivato allo stato in cui si trovava? E di che stato si trattava? Era possibile fare qualcosa?

Le informazioni disponibili, la massa di «dati» raccolti fin dal primo manifestarsi della sua strana malattia, del suo «stato», mi aiutavano e al tempo stesso mi davano perplessità. Avevo a mia disposizione un'abbondante documentazione contenente le descrizioni iniziali della malattia originale: una febbre molto elevata all'età di otto anni, associata al primo manifestarsi di crisi convulsive continue e poi persistenti e la rapida comparsa di una sintomatologia da danno cerebrale o da autismo. (Fin dall'inizio c'erano stati dubbi su che cosa stesse esattamente succedendo).

Il suo liquido spinale era risultato anormale durante lo stadio acuto della malattia. L'opinione condivisa era che avesse probabilmente sofferto di una forma di encefalite. Le sue crisi erano di molti tipi diversi: piccolo male, grande male, «acinetiche» e «psicomotorie», e queste ultime erano di tipo eccezionalmente complesso.

Le crisi psicomotorie possono anche trovarsi associate a collere improvvise e violente, e al verificarsi di stati comportamentali particolari anche fra una crisi e l'altra (la cosiddetta personalità psicomotoria). Esse sono invariabilmente associate a turbe o danni ai lobi temporali, e innumerevoli EEG avevano rilevato in José gravi turbe ai lobi sia destro sia sinistro.

I lobi temporali sono anche associati alle capacità uditive e, in particolare, alla percezione e alla produzione del linguaggio. La dottoressa Rapin non solo aveva ritenuto José autistico, ma si era anche chiesta se una turba frontale avesse causato una «agnosia acustica verbale», un'incapacità a riconoscere i suoni linguistici che interferiva con la sua capacità di usare o capire il linguaggio. Perché la cosa sorprendente, qualunque ne fosse l'interpretazione (e furono avanzate sia quella psichiatrica sia quella neurologica), era la perdita o la regressione del linguaggio, per cui José, prima «normale» (così almeno dicevano i suoi genitori), con la malattia divenne «muto» e smise di parlare agli altri.

Ma una capacità era stata a quanto pareva “risparmiata”, e forse potenziata per compensazione: una passione e un talento non comuni per il disegno, che erano stati evidenti fin dalla prima infanzia e sembravano in certa misura ereditari o di famiglia, poiché il padre di José aveva sempre amato molto disegnare e il fratello maggiore (molto più vecchio) era un pittore affermato. Con l'insorgere della malattia, con le sue crisi apparentemente non dominabili (poteva avere venti o anche trenta crisi gravi al giorno e innumerevoli «piccole crisi», cadute, «vuoti», o «stati di sogno»), con la perdita del linguaggio e la generale «regressione» intellettuale ed emotiva, José venne a trovarsi in una condizione strana e tragica. Fu ritirato dalla scuola (benché per un certo periodo fosse seguito da un insegnante privato) e rientrò definitivamente in famiglia, come epilettico “a tempo pieno”, autistico, probabilmente afasico e ritardato. Fu considerato non educabile, incurabile, e insomma senza speranza.

All'età di nove anni, José si trovò “tagliato fuori”: dalla scuola, dalla società, da quasi tutto ciò che costituisce la realtà di un bambino normale.

Per quindici anni non uscì praticamente di casa; il motivo addotto erano le sue «crisi non dominabili»: la madre sosteneva che non osava portarlo fuori perché questo gli avrebbe causato venti o trenta crisi al giorno per strada. Fu provato ogni tipo di anticonvulsivi, ma la sua epilessia sembrava «incurabile»: questa almeno l'opinione registrata sulla sua cartella clinica. C'erano fratelli e sorelle maggiori, ma la differenza di età fra loro e José era molto grande: José era il «bambinone» di una donna sulla cinquantina.

Sappiamo troppo poco su questi anni intermedi. In pratica José sparì dal mondo, fu perso di vista non solo sotto il profilo medico, ma in generale, e forse sarebbe stato perso per sempre, lasciato solo con le sue convulsioni nella sua stanza sotterranea, se ultimamente non fosse «esploso» con una violenza che rese necessario un ricovero ospedaliero. Nella sua cantina José era stato del tutto privo di vita interiore. Aveva una passione per le riviste illustrate, specialmente quelle di storia naturale tipo il «National Geographic», e quando gli era possibile, nei momenti di tregua dalle convulsioni e dai rimproveri, cercava mozziconi di matita e disegnava quello che vedeva.

Questi disegni erano forse il suo unico legame con il mondo esterno, in particolare il mondo degli animali e delle piante, della natura, che aveva tanto amato da piccolo, specialmente quando andava a disegnare all'aperto con suo padre. Questo e nient'altro gli era stato permesso di conservare, questo era l'unico legame rimastogli con la realtà.

Tale, dunque, la storia che mi venne data, o meglio, che misi insieme dalla sua cartella o cartelle cliniche, documenti notevoli non solo per il loro contenuto ma anche per i loro silenzi, documentazione per difetto di un “vuoto” di quindici anni; dal rapporto di un assistente sociale che aveva frequentato la casa di José e si era interessato a lui senza però poter fare nulla; e anche dalla testimonianza dei suoi genitori ormai anziani e malati. Ma niente di tutto ciò sarebbe venuto alla luce, se non fosse esplosa una furia improvvisa, di una violenza senza precedenti, spaventosa e distruttiva, una crisi che lo portò per la prima volta in un ospedale pubblico.

La causa di questa esplosione di violenza era tutt'altro che chiara: difficile a dirsi se fosse stata di origine epilettica (quale si incontra in rari casi nelle gravissime crisi temporali), o se si fosse trattato, come diceva semplicisticamente la sua nota di accettazione, di pura «psicosi», o ancora se rappresentasse un'ultima e disperata richiesta di aiuto di un'anima torturata che non aveva voce né mezzo diretto per esprimere il proprio dramma, i propri bisogni.

Era invece chiaro che la degenza in ospedale e il «controllo» delle sue crisi per mezzo di nuovi e potenti farmaci gli diedero per la prima volta tempo e libertà, un “sollievo” fisico e psicologico, quale non aveva mai conosciuto dall'età di otto anni.

Gli ospedali pubblici spesso sono considerati come «istituzioni totali», per usare la definizione di Erving Goffman, meccanismi miranti per lo più alla degradazione dei pazienti. Ciò è indubbiamente vero, e su vasta scala. Ma gli ospedali possono anche essere degli «asili» nel miglior senso della parola, un senso che Goffman sembra restio ad ammettere: luoghi che offrono un rifugio alle anime

tormentate e sconvolte e lo offrono con quel giusto dosaggio di ordine e libertà di cui esse hanno così grande bisogno. José aveva sofferto per la confusione e il caos derivati in parte dall'epilessia organica, in parte dal disordine della sua vita, e per la sua reclusione e schiavitù, anche queste sia organiche sia esistenziali. L'ospedale gli fece del bene, forse a questo punto gli salvò la vita, e non v'è dubbio che egli se ne rendesse pienamente conto.

Inoltre, dopo l'opprimente angustia morale, la febbrile intimità della sua casa, egli tutt'a un tratto trovò altre persone, trovò un mondo, al tempo stesso «professionale» e partecipe: persone che non giudicavano, che non avevano pregiudizi, che non muovevano accuse, persone distaccate, ma nello stesso tempo animate da un reale interesse per lui e i suoi problemi. A questo punto quindi (si trovava in ospedale ormai da quattro settimane) José iniziò a sperare, ad essere più animato, a rivolgersi agli altri come non aveva mai fatto prima, o almeno non dall'insorgere dell'autismo, all'età di otto anni.

Ma la speranza, il rivolgersi agli altri, l'interazione erano «proibiti»e certo spaventosamente complessi e «pericolosi». José aveva vissuto per quindici anni in un mondo chiuso e sorvegliato, in quella che bruno Bettelheim nel suo libro sull'autismo chiama la «fortezza vuota». Ma per lui non era e non era mai stata completamente vuota; c'era sempre stato il suo amore per la natura, per gli animali, per le piante. Questa parte di sé, questa porta era in realtà rimasta sempre aperta. Ma ora c'era la tentazione, e l'urgenza, di «interagire», un'urgenza spesso eccessiva, giunta troppo all'improvviso. E proprio in quei momenti José aveva una «ricaduta», si volgeva di nuovo, come per cercarvi conforto e sicurezza, all'isolamento e ai primitivi movimenti oscillatori che aveva mostrato all'inizio.

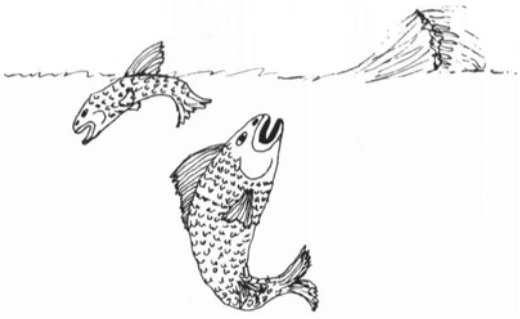
La terza volta che vidi José, non lo feci venire in clinica, ma andai io stesso nel suo reparto, senza preavviso. Era seduto nello squallido soggiorno e si dondolava con il volto e gli occhi chiusi, l'immagine stessa della regressione. Provai un soprassalto di orrore nel vederlo così, perché mi ero lasciato andare alla speranza di una «progressiva ripresa». Dovetti vedere José in condizione di regresso (come mi sarebbe accaduto molte altre volte) per accorgermi che davanti a lui non c'era un semplice «risveglio», bensì un sentiero pieno di pericoli, doppiamente rischioso, eccitante ma anche terrificante, perché egli aveva cominciato ad amare le sbarre della sua prigione.

Appena lo chiamai, balzò in piedi e, avido e impaziente, mi seguì nel laboratorio artistico. Ancora una volta tolsi di tasca una penna sottile, perché José sembrava avere antipatia per le matite e nel reparto non usavano quelle. «Quel pesce che hai disegnato, » dissi e lo abbozzai con un gesto nell'aria, non sapendo fino a che punto il ragazzo riuscisse a comprendere le mie parole «quel pesce, te lo ricordi? Sapresti disegnarlo di nuovo? ».

Annuì felice e prese la penna. Erano passate tre settimane da quando l'aveva visto. Che cosa avrebbe disegnato ora?

Chiuse gli occhi un momento - per rievocare un'immagine? - e poi disegnò. Era sempre una trota arcobaleno, con le pinne sfrangiate e la coda biforcuta, ma questa volta aveva tratti dichiaratamente umani, una narice (quale pesce ha una narice?) e due tumide labbra umane. Stavo per riprendere la penna, e invece no, non

aveva finito. Che cosa aveva in mente? La figura era completa. La figura, forse, ma non la scena. Il primo pesce era isolato, come un'icona: ora sarebbe diventato parte di



un mondo, di una scena. Rapidamente José schizzò un altro pesciolino, un compagno, nell'atto di fare una capriola nell'acqua, per gioco. Poi disegnò la superficie dell'acqua sollevata in un'ondata improvvisa. Disegnandola, fu preso dall'eccitazione ed emise un grido strano e misterioso.

Non potei evitare la sensazione, forse scontata, che il suo disegno fosse simbolico: il pesce piccolo e il pesce grande, eravamo lui e io? Ma la cosa importante ed entusiasmante era la rappresentazione spontanea, l'impulso del tutto autonomo, non suggerito da me, di introdurre questo nuovo elemento: un'interazione viva con ciò che aveva disegnato. Fino a quel momento l'interazione era sempre mancata, nei suoi disegni come nella sua vita. Ora veniva riammessa, anche se solo nel gioco, nel simbolo. Ma lo era davvero? Che cos'era quell'onda irata, vendicatrice?

Meglio ritornare su un terreno sicuro, pensai; basta con le libere associazioni. Avevo visto una potenzialità ma avevo anche visto, e udito, un pericolo. Meglio tornare a Madre Natura, serena, edenica, innocente. Vidi sul tavolo un cartoncino natalizio: un pettirosso su un tronco d'albero, e tutt'intorno neve e rami nudi. Indicai l'uccello e diedi la penna a José.

L'uccello fu disegnato con cura, e per il petto José usò una penna rossa. Le zampe erano un po' artigliate e adunghiavano con forza la corteccia. (Fui colpito, e mi doveva accadere altre volte, dal suo bisogno di enfatizzare la capacità prensile delle mani e dei piedi, di sottolineare il contatto, rendendolo pressante, quasi ossessivo). Ma che succedeva ora? Il ramoscello secco vicino al tronco era esploso, nel disegno, in una vistosa fioritura. Altre cose erano forse simboliche, benché non potessi dirlo con sicurezza. Ma la trasformazione più significativa, saliente ed emozionante era questa: José aveva trasformato l'inverno in primavera.

Allora finalmente cominciò a parlare; ma «parlare» è un termine troppo forte per descrivere le strane esclamazioni incespicanti e quasi del tutto incomprensibili che a tratti facevano trasalire lui non meno che noi; perché tutti noi (José compreso) lo avevamo considerato completamente e irrimediabilmente muto, o per incapacità o per avversione, o per entrambe le cose (c'era stato *l'atteggiamento* del mutismo, oltre che il puro fatto). E anche qui ci fu impossibile stabilire quanto ci fosse di «organico» e quanto fosse questione di «motivazione». Noi avevamo ridotto, anche se non eliminato, le sue turbe temporali. Gli elettroencefalogrammi non furono mai normali e in questi lobi mostravano ancora tratti irritativi a basso potenziale, punte

occasionali, disritmia e onde lente; ma erano enormemente migliorati rispetto a quelli fatti al momento del ricovero. Se potevamo eliminare le convulsioni, non potevamo tuttavia far regredire il danno subito.

Avevamo indubbiamente migliorato i suoi potenziali fisiologici della parola, benché ci fosse una menomazione delle sue capacità di usare, capire e riconoscere il linguaggio parlato, con la quale avrebbe sempre dovuto fare i conti. Ma ora, cosa altrettanto importante, egli stava lottando per il ricupero della sua capacità di capire e di parlare (incitato da tutti noi e guidato in particolare dal logopedista), mentre prima si era lasciato andare, senza speranza o masochisticamente, e anzi aveva respinto addirittura ogni comunicazione, verbale o altro, con le altre persone. Prima la menomazione del linguaggio e il rifiuto di parlare si erano associati nel duplice carattere maligno della malattia; ora il ricupero della parola e i tentativi di parlare si associavano felicemente nel duplice carattere benigno della guarigione. Anche al più ottimista di noi era chiaro che José non avrebbe mai parlato con una facilità anche solo limitatamente normale, che la parola per lui non sarebbe mai stata un genuino veicolo di autoespressione, e gli sarebbe servita solo per manifestare i bisogni più semplici. Lui stesso pareva rendersene conto e pur continuando a sforzarsi di parlare, si volse più caparbiamente al disegno per esprimere se stesso.

Un ultimo episodio. José era stato trasferito dal reparto degli agitati a un reparto speciale, più tranquillo e silenzioso, più simile a una casa e meno a una prigione che non il resto dell'ospedale: un reparto ricco di personale altamente qualificato, creato espressamente per essere una «casa dell'anima», come direbbe Bruno Bettelheim, per i pazienti autistici, i quali sembrano richiedere un'attenzione affettuosa e costante che pochi ospedali possono dare. Quando mi recai nel suo nuovo reparto, José mi accolse agitando calorosamente la mano - un gesto ampio, aperto, che non riuscivo a immaginare nel José di prima. Poi indicò la porta chiusa: voleva che gli venisse aperta, voleva andare fuori.

Mi precedette giù per le scale e uscì nel giardino incolto e pieno di sole. A

quanto mi risultava, non era mai uscito volontariamente dall'età di otto anni, cioè dall'inizio della malattia e dell'isolamento. Non dovetti neppure dargli la penna, ne aveva portata una con sé. Passeggiammo nel giardino dell'ospedale. José alzava a tratti gli occhi al cielo e agli alberi, ma più spesso guardava in basso il tappeto violetto e giallo di trifoglio e denti di leone. Aveva un occhio acuto per la forma e i colori delle piante, notò subito un raro trifoglio bianco e lo colse, poi scorse un ancor più raro quadrifoglio. Trovò non meno di sette diversi tipi di erba e sembrò riconoscerli e salutarli tutti come tanti amici. Lo riempivano di gioia soprattutto i grandi denti di leone gialli, spalancati al sole. Il bisogno di disegnare, di manifestare graficamente la sua reverenza, fu immediato e forte: s'inginocchiò, posò a terra il suo blocco e tenendo in mano il dente di leone lo disegnò.

Questo è, credo, il primo disegno dal vivo che José fece da quando, bambino, prima di ammalarsi, usciva a disegnare con il padre. É un disegno bellissimo, accurato e vivo. Mostra il suo amore per la realtà, per un altra forma di vita, e a mio vedere assomiglia ed è anche all'altezza dei vividi disegni di fiori che si trovano nelle tavole botaniche e negli erbari medioevali: è di un'accuratezza pignola, scientifica, anche se José non sa nulla di botanica, e non è nemmeno in grado di studiarla e di capirla. La sua mente non è costruita per l'astrazione, per il concetto: questa via alla verità gli è preclusa. Ma ha una passione e un vero talento per il particolare: lo ama, vi si immerge, lo ricerca. E il particolare, per chi sia sufficientemente particolare, è anch'esso una strada - si potrebbe dire la strada «naturale» - per arrivare alla realtà e alla verità.

Per la persona autistica l'astratto, il categoriale non hanno alcun interesse: ciò che conta è il concreto, il particolare, il singolare. Si tratti di capacità odi disposizione, questa è la realtà dei fatti. Incapaci o refrattari a cogliere il generale, gli autistici sembrano costruire la loro immagine del mondo interamente con particolari. Essi perciò vivono non in un universo, ma in ciò che William James chiamava un «multiverso», fatto di innumerevoli particolari nitidissimi e appassionatamente intensi. É una modalità mentale all'estremo opposto di quella generalizzatrice, scientifica, ma è pur sempre «reale», altrettanto reale, in un modo affatto diverso. Una tale mente è stata immaginata da Borges nel racconto *Funes, o della memoria* (il cui protagonista è così simile all'uomo che non dimenticava nulla descritto da

Lurija):

«Questi, non dimentichiamolo, era quasi incapace di idee generali, platoniche...Nessuno...ha mai sentito il calore e la pressione d'una realtà così intangibile come quella che giorno e notte convergeva sul felice Ireneo...Nel mondo sovraccarico di Funes non c'erano che dettagli, quasi immediati».[31]

Come per l'Ireneo di Borges, così per José. Ma tale circostanza non è necessariamente fonte di infelicità; ci può essere una profonda soddisfazione nei particolari, specialmente se essi brillano, come forse nel caso di José, di un emblematico splendore.

Penso che José, un autistico e un semplice, possieda un tale dono per il concreto, per la *forma*, da essere a modo suo un naturalista e un artista naturale. Egli afferra il mondo come forme, come forme direttamente e intensamente sentite, che egli poi riproduce. Possiede sottili abilità letterali, ma anche abilità figurative. Sa disegnare un fiore o un pesce con notevole accuratezza, ma sa anche disegnarne uno che sia una personificazione, un emblema, un sogno o una caricatura. E poi si dice che gli autistici mancano di fantasia, di umorismo e di senso artistico!

Creature come José in teoria non dovrebbero esistere. Così come non dovrebbero esistere bambini autistici dotati di talento artistico come Nadia. Sono veramente così rari, o non vengono notati? Nigel Dennis, in un brillante saggio su Nadia in «The New York Review of Books» (4 maggio 1978), si chiede quante Nadie nel mondo passino inosservate e vedano i propri interessanti disegni accartocciati e buttati nel cestino, o semplicemente quanti bambini autistici, come José, vengano trattati senza alcuna attenzione, come curiosità isolate, trascurabili, di nessun interesse. Ma l'artista autistico o, per essere meno pomposi, la fantasia creativa autistica, è ben lungi dall'essere una rarità. Io stesso ne ho incontrato una dozzina di esempi in altrettanti anni, e senza fare nessuno sforzo per trovarli.

Per loro natura gli autistici sono raramente aperti agli «influssi». É loro destino essere isolati, e quindi originali. La loro «visione», se si riesce ad avere uno spiraglio su di essa, viene dal di dentro e appare originale. Più ne vedo, più mi sembrano una strana specie in mezzo a noi, bizzarra, originale, interamente rivolta verso il proprio intimo, diversa dagli altri.

L'autismo era una volta considerato una schizofrenia infantile, ma dal punto di vista fenomenologico è vero il contrario. Lo schizofrenico si lamenta sempre di un' «influenza» esterna: lui è passivo, è vittima, non può essere se stesso. L'autistico lamenterebbe, se si lamentasse, l'assenza d'influenza, l'assoluto isolamento.

«Nessun uomo è un'isola, completa in se stessa» scrisse Donne. Ma l'autismo è proprio questo, un'isola totalmente separata dalla terraferma. Nell'autismo «classico», che è già manifesto, e spesso totale, al terzo anno di vita, la separazione avviene così presto che può non esserci memoria della terraferma. Nell'autismo «secondario», come quello di José, causato da una malattia cerebrale in un periodo più tardo della vita, rimane un certo ricordo, e forse nostalgia, per la terraferma. Questo forse spiega perché José sia stato più accessibile degli altri, e perché, almeno nel disegno, egli può mostrare interazione.

---

[31] J.L. Borges, op. cit., pp. 714-15.

Essere un'isola, essere totalmente separati, è necessariamente una morte? É possibile, ma non necessario. Perché anche se le connessioni «orizzontali» con gli altri, con la società e la cultura sono perdute, ci possono essere connessioni «verticali» vitali e intensificate, connessioni dirette con la natura, con la realtà, non influenzate, non mediate, non toccate da nessun'altra. Questo contatto «verticale» è nettissimo in José: di qui la sua penetrante acutezza, l'assoluta chiarezza delle sue percezioni e dei suoi disegni, senza un'ombra di ambiguità o di irrisolutezza, un potere adamantino non influenzato da altri.

Questo ci porta al nostro interrogativo finale: c'è «posto» nel mondo per un uomo che è come un'isola, che non può essere acculturato, reso parte della terraferma? Può la «terraferma» accogliere il singolare, fargli posto? Vi sono in questo somiglianze con le reazioni sociali e culturali nei confronti del genio. (Naturalmente non voglio dire che tutti gli autistici abbiano del genio, solo che essi condividono col genio il problema della loro singolarità). Nel caso specifico: che cosa serba il futuro per José? C'è un «posto» per lui nel mondo dove la sua autonomia possa essere utilizzata, senza tuttavia venirne intaccata?

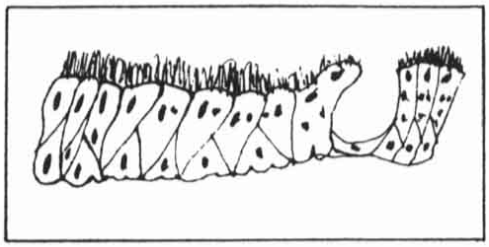
Con il suo occhio acuto e il suo grande amore per le piante, potrebbe magari diventare un illustratore di testi di botanica o di erbari? O un illustratore di testi di anatomia o di zoologia? (Si veda qui accanto il disegno che mi fece quando, su un manuale di zoologia, gli mostrai la figura del tessuto stratificato detto «epitelio ciliato»). Potrebbe far parte di spedizioni scientifiche e disegnare (dipinge e modella con uguale facilità) esemplari di specie rare? La sua totale concentrazione sull'oggetto che gli sta innanzi lo renderebbe ideale in tali situazioni.

Oppure, per fare un salto strano ma non illogico, non potrebbe, con le sue peculiarità e la sua idiosincrasia, diventare un illustratore di libri di fiabe, di racconti per l'infanzia, di storie a soggetto biblico o mitologico? Oppure (dal momento che non sa leggere, e nelle lettere vede solo forme pure e bellissime) non potrebbe illustrare ed elaborare le meravigliose maiuscole dei breviari e dei messali manoscritti? Ha già eseguito bellissime pale d'altare con motivi a mosaico e in legno colorato. Ha inciso iscrizioni di squisita fattura su pietre tombali. Il suo «lavoro» attuale consiste nello stampare a mano gli avvisi richiesti dal reparto, che egli ornamenta di arabeschi e fregi degni di una moderna Magna Charta. Potrebbe fare tutto questo, e molto bene, con vantaggio e piacere suo e degli altri. - Potrebbe fare tutto questo...ma purtroppo non farà nulla se non ci sarà una persona intelligente, che disponga di tempo e mezzi e sia pronta a guidarlo e a instradarlo in una vera attività. Perché, lasciato al suo destino, José probabilmente non farà nulla, trascorrerà una vita sterile e inutile, come tanti altri autistici, solo e ignorato, in un oscuro reparto d'ospedale.

Post scriptum

Anche dopo la pubblicazione di questo articolo ho ricevuto numerosi estratti e lettere, fra i quali i più interessanti mi sono giunti dalla dottoressa C.C. Park. É in realtà evidente (come sospettò Nigel Dennis) che, anche se Nadia era eccezionalmente dotata, una specie di Picasso, non è raro trovare fra gli autistici talenti artistici piuttosto notevoli. Ma cercare di individuare il potenziale artistico con dei test, ad esempio il test d'intelligenza Goodenough in cui si richiede al paziente di disegnare una figura umana, è del tutto inutile: bisogna che ci sia, come per Nadia, José e la Ella della dottoressa Park, una produzione *spontanea* di disegni straordinari.

Segmento di epitelio ciliato della trachea di un giovane gatto (ingrandito 255 volte)



In un'importante recensione, riccamente illustrata, dello studio su Nadia (1978), la dottoressa Park definisce, sulla base della sua stessa esperienza con sua figlia, oltre che di un attento studio della letteratura mondiale, quelle che paiono essere le caratteristiche cardinali di tali disegni. Possono essere caratteristiche «negative», come la mancanza di originalità e la stereotipia, e «positive», come una non comune capacità di riprodurre l'oggetto a distanza di tempo e di renderlo come *percepito* (non come *concepito*): di qui quella sorta di ispirata ingenuità che soprattutto si vede. La Park nota anche una relativa indifferenza verso le reazioni degli altri, il che sembrerebbe rendere questi bambini refrattari all'insegnamento. Eppure è evidente che non è necessariamente così. Non è sempre detto che questi bambini non rispondano all'insegnamento o all'attenzione che viene loro rivolta, anche se la cosa può richiedere un approccio del tutto particolare.

Oltre alla sua esperienza con la figlia, ora adulta e ottima pittrice, la dottoressa Park cita le esperienze dei giapponesi, affascinanti e poco note, e in particolare quelle di Morishima e Motzugi, i quali sono riusciti con notevole successo a portare bambini autistici dotati ma non educati (e apparentemente non educabili) a una compiuta professionalità artistica adulta. Morishima preferisce tecniche formative speciali («un training altamente strutturato dell'abilità specifica»), una specie di apprendistato secondo la tradizione culturale classica giapponese e l'incoraggiamento del disegno c*ome mezzo di comunicazione*. Ma questo *training* formale, benché di

cruciale importanza, non basta. Ci vuole anche una relazione molto intima, di empatia. Le parole con cui la dottoressa Park conclude la sua recensione sono anche una conclusione perfetta per «Il mondo dei semplici»:

«Forse il segreto è altrove, forse si trova in quella direzione che portò Motzugi a vivere fianco a fianco con un altro artista ritardato, e a scrivere: "Il segreto che permise di sviluppare il talento di Yanamura fu la comunione col suo spirito. Il maestro deve amare la meravigliosa e schietta personalità del ritardato e vivere insieme con un mondo purificato e ritardato"».

Bibliografia

Hughlings Jackson, Kurt Goldstein, Henry Head, A.R. Lurija: sono i padri della neurologia. Essi vissero intensamente e rifletterono intensamente su pazienti e problemi non molto diversi dai nostri, e sono sempre presenti nella mente del neurologo e nelle pagine di questo libro. C'è una tendenza a ridurre le figure complesse a stereotipi, a non riconoscere la pienezza, e sovente la ricca contraddittorietà, del loro pensiero. Io, per esempio, parlo spesso di neurologia classica «jacksoniana», ma lo Hughlings Jackson che scrisse sugli «stati di sogno» e sulla «reminiscenza» era molto diverso dal Jackson che vedeva tutto il pensiero come calcolo proposizionale. Il primo era un poeta, il secondo un logico, e tuttavia sono la stessa persona. Henry Head, inventore di diagrammi, amante delle strutture schematiche, era molto diverso dallo Head che scriveva con commossa partecipazione sul «*feeling-tone*». Goldstein, che scrisse in termini così astratti dell' «Astratto», amava la variegata concretezza dei casi individuali. In Lurija, poi, la duplicità era consapevole: egli si sentiva spinto a scrivere due tipi di libro: testi formali e strutturali (come *Le funzioni corticali superiori nell'uomo*) e «romanzi» biografici (come *Viaggio nella mente di un uomo che non dimenticava nulla*). I primi li chiamava «scienza classica», i secondi «scienza romantica».

Jackson, Goldstein, Head e Lurija: sono l'asse fondamentale della neurologia e sicuramente l'asse delle mie riflessioni e di questo libro. La mia bibliografia deve quindi aprirsi con loro e, idealmente, dovrebbe contenere tutto ciò che essi hanno scritto, perché ciò che è più caratteristico è sempre soffuso lungo tutto l'arco di una vita di studio; tuttavia, per motivi pratici, essa ricorderà alcune opere chiave facilmente accessibili anche in traduzione.

John Hughlings Jackson

Prima di Hughlings Jackson ci sono state bellissime descrizioni di casi clinici - ad esempio, già nel 1817, *l'Essay on the Shaking Palsy* di Parkinson - ma nessun quadro generale e nessuna sistematizzazione della funzione nervosa. Jackson è il fondatore della neurologia come scienza. I suoi lavori fondamentali sono raccolti in J. Taylor, *Selected Writings of John Hughlings Jackson,* London, 1931 (ristampa New York, 1958). Sono opere di non facile lettura, pur contenendo diversi brani altamente suggestivi e cristallini. Un'ulteriore scelta di lavori di Jackson, comprendente la trascrizione di alcune sue conversazioni e una memoria, era stata quasi completata da Purdon Martin al momento della sua recente scomparsa, e si spera verrà pubblicata nel centocinquantesimo anniversario della nascita di Jackson, che cade appunto in questo 1985.

Henry Head

Anche Head, come Weir Mitchell (per il quale si veda la bibliografia del cap. VI), è uno scrittore meraviglioso, e i suoi massicci volumi, a differenza di quelli di Jackson, sono di piacevolissima lettura:

Studies in Neurology, 2 voll., Oxford, 1920. Aphasia and Kindred Disorders of Speech, 2voll., Cambridge, 1926.

Kurt Goldstein

Il lavoro generale più accessibile di Goldstein è *Der Aufbau des Organismus*, The Hague, 1934 (trad. inglese *The Organism: A Holistic Approach to Biologyderived from Pathological Data in Man, New York,* 1939). Si veda anche K. Goldstein e M. Sheerer, *Abstract and concrete behaviour,* in «Psychol. Monogr.», LIII, 1941.

Le affascinanti descrizioni di casi clinici fatte da Goldstein sono sparse nei suoi numerosi libri e attendono ancora di essere raccolte in volume.

A.R. Lurija

Il massimo tesoro neurologico dei nostri tempi, per le idee e per la descrizione dei casi clinici, sono le opere di A.R. Lurija, in gran parte tradotte. Le più accessibili sono:

Un mondo perduto e ritrovato, Roma, 1973.

Viaggio nella mente di un uomo che non dimenticava nulla, Roma, 1979.

(con F. Ja. Yudovich) *Linguaggio e sviluppo dei processi cognitivi nel bambino*, Firenze, 1975. Uno studio del ritardo mentale, dell'uso della parola, del gioco e dei gemelli.

Human Brain and Psychological Processes, New York, 1966. Storie di casi clinici di pazienti con sindromi frontali.

Neuropsicologia della memoria, Roma, 1981.

Le funzioni corticali superiori nell'uomo, Firenze, 1967. *É il magnum opus* di Lurija, la più grande sintesi della ricerca e del pensiero neurologico del nostro secolo.

Come lavora il cervello, Bologna, 1977. Una versione condensata e leggibilissima dell'opera precedente, e la miglior introduzione alla neuropsicologia.

I - L'UOMO CHE SCAMBIÒ SUA MOGLIE PER UN CAPPELLO

D. Macrae e E. Trolle, *The defect of function in visual agnosia*, in «Brain», VII, 1956, pp 94-110.

A. Kertesz, *Visual agnosia*: t*he dual deficit of perception and recognition, in «Cortex»*, XV, 1979, pp. 403-19. Per D. Marr si veda la bibliografia del cap. XV.

A.R. e H. Damasio, *Disorders in Visual Processing*, in M.M. Mesulam, *Principles of Behavioral Neurology*, Philadelphia, 1985, pp. 259-88.

II - IL MARINAIO PERDUTO

Il contributo originale di Korsakov (1887) e i suoi lavori successivi non sono mai stati tradotti. Una bibliografia completa, insieme con traduzioni di brani e una discussione, si trova in A.R. Lurija, *Neuropsicologia della memoria,* cit., che a sua volta fornisce notevoli esempi di amnesia simili a quello del «marinaio perduto». Nella storia di questo caso clinico, come in quella precedente, ho citato Anton, Pőtzl e Freud. Lo studio di Freud, un lavoro estremamente importante, esiste anche in traduzione inglese.

G.Anton, *Ùber die Selbstwahrnehmung der Herderkrankungen des Gehirns durch den Kranken*, in «Arch. Psychiatr.», XXXII, 1899.

S. Freud, *Zur Auffassung, der Aphasien*, Leipzig, 1891; trad. Ingl. autorizzata di E. Stengel, *On Aphasia*: *a Critical Study*, New York, 1953.

O. Pőtzl, *Die Aphasielehre vom Standpunkt der klinischen Psychiatrie: Die optische-agnostischen Stőrungen,* Leipzig, 1928. La sindrome descritta da O.Pőtzl non è solo visiva, ma può estendersi a una completa perdita della consapevolezza di una parte o della metà del corpo. Come tale riguarda anche gli argomenti che tratto nei capp. III, IV e VIII. É anche citata nel mio *A Leg to Stand On*, London, 1984.

A.B. Sterman et al., *The acute sensory neuropathy syndrome*, in «Annals of Neurology», VII, 1972, pp.354-58.

III - LA DISINCARNATA

C.S. Sherrington, *The Integrative Action of the Nervous System*, Cambridge, 1906, soprattutto le pp. 335-43. - *Man on His Nature, Cambridge*, 1940, cap. XI, soprattutto le pp. 328-29, che riguardano direttamente la condizione di questa paziente.

J. Purdon Martin, *The Basal Ganglia and Posture*, London, 1967. Questo libro importante è anche citato, con maggiori particolari, nella bibliografia del cap. VII. Per S. Weir Mitchell si veda la bibliografia del cap. VI.

IV - L'UOMO CHE CADDE DAL LETTO

O. Pőtzl, *Die Aphasielehre...,* cit..

V - MANI

A.N. Leontev e A.V. Zaporozhets, *Rehabilitation of Hand Function*, trad. ingl., Oxford, 1960.

VI - FANTASMI

A.B. Sterman et al., *The acute sensory neuropathy syndrome*, cit..

S. Weir Mitchell *Injuries of Nerves,* 1872 (ristampa New York, 1965). Questo libro fondamentale contiene le descrizioni classiche di arti fantasma, paralisi di riflesso, ecc., osservati da Weir Mitchell nei reduci della Guerra Civile americana. É un'opera straordinariamente viva e di facile lettura, perché Weir Mitchell era un narratore non meno che un neurologo. Anzi, alcuni dei suoi scritti neurologici più pittoreschi (ad esempio *The Case of George Dedlow*) furono pubblicati non in riviste scientifiche, bensì sull' «Atlantic Monthly» negli anni 1860-1880 e non sono quindi ora facilmente accessibili, nonostante la loro enorme popolarità a quell'epoca.

VII - COME UN FUSO

J. Purdon Martin, *The Basal Ganglia...*, cit., cap. III, soprattutto le pp. 36-51.

VIII - ATTENTI A DESTR!

W.S. Battersby et al., *Unilateral «spatial agnosia» (inattention) in patients with cerebral lesions*, in «Brain», LXXIX, pp. 68-- 93.

M.M. Mesulam, *Principles of Behavioral Neurology*, Philadelphia, 1985, pp. 259-88.

IX - IL DISCORSO DEL PRESIDENTE

La miglior discussione delle teorie di Frege sul «tono» si trova in M. Dummett, Frege: *Philosophy of Language*, London, 1973 (trad. it. *Filosofia del linguaggio*, Casale Monferrato, 1983), soprattutto alle pp. 83-89. Per le tesi di Head sulla parola e sul linguaggio, in particolare sul «*feeling-tone*», il testo migliore è il suo trattato sull'afasia, cit.. Gli studi di Hughlings Jackson sulla parola, prima sparsi in molte pubblicazioni, sono stati raccolti dopo la sua morte in *Hughlings Jackson on aphasia and kindred affections of speech, together with a complete bibliography of his publications on speech and a reprint of some of the more important papers*, in «Brain», XXXVIII, 1915, pp. 1-190.

Sul complesso e confuso argomento delle agnosie uditive, si veda H. Hecaen e M.L. Albert, *Human Neuropsychology*, New York, 1978, pp. 265-76.

X - RAY DEI MILLE TIC

Nel 1885 Gilles de la Tourette pubblicò un lavoro in due parti nel quale descriveva con grande realismo (era un commediografo oltre che un neurologo) la sindrome che ora porta il suo nome: *Étude sur une affection nerveuse caracterisée par l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie*, in «Arch. Neurol.», IX, pp. 19-42 e 158-200. La prima traduzione inglese di questo studio, accompagnata da interessanti commenti dei curatori, è C.G. Goetz e H.L. Klawans, *Gilles de la Tourette on Tourette Syndrome*, London, 1982.

Il grande lavoro di Meige e Feidel, *Les Tics et leur traitement,* Paris, 1902, brillantemente tradotto in inglese da Kinnier Wilson nel 1907, si apre con un bellissimo scritto autobiografico, *Les confidences d'un ticqueur*, unico nel suo genere.

XI - LA MALATTIA DI CUPIDO

Come per la sindrome di Tourette, dobbiamo risalire alla letteratura del passato per trovare descrizioni cliniche esaurienti. Kraepelin, contemporaneo di Freud, ci dà parecchie descrizioni di casi sorprendenti di neurosifilide. Il lettore interessato può consultare: É *Kraepelin, Lectures on Clinical Psychiatry*, trad. ingl., London, 1904, in particolare i capp. X e XII sulla megalomania e sul delirio nella paralisi generale.

XII - UNA QUESTIONE DI IDENTITÀ

A.R. Lurija, Neuropsicologia della memoria, cit..

XIII - SÌ, PADRE-SORELLA

A.R. Lurija, *Human Brain and Psychological Processes*, cit..

XIV - LA POSSEDUTA

Si veda la bibliografia del cap.X.

XV - REMINISCENZA

T. Alajouanine, *Dostoievski's epilepsy*, in «Brain», LXXXVI, 1963, pp. 209-21. M. Critchley e

R.A. Henson (a cura di), *Music and the Brain*: *Studies in the Neurology of Music,* London, 1977, specialmente i capp. XIX e XX.

W. Penfield e P. Perot, *The brain's record of visual and auditory experience: a final summary and discussion, in «Brain»*, LXXXVI, 1963, pp. 595-696. A mio parere questo magnifico studio, il culmine di quasi trent'anni di assidua osservazione, sperimentazione e riflessione, è uno dei lavori più originali e importanti di tutta la neurologia. Mi fece una grande impressione la prima volta che lo lessi e l'ho avuto sempre presente mentre scrivevo il mio Migraine nel 1967. É il testo di riferimento essenziale e l'ispirazione di tutta questa parte del presente libro. Assai più leggibile di molti romanzi, offre una dovizia di

materiale strano e singolare che qualsiasi romanziere invidierebbe.

E Salaman, *A Collection of Moments*, 1970.

D. Williams, *Emotions reflected in epileptic experiences, in «Brain»,* LXXIV, 1956, pp. 29-67.

Hughlings Jackson fu il primo a studiare gli «attacchi psicomotorii», a descrivere la loro fenomenologia quasi romanzesca e a identificare i loro loci anatomici nel cervello. Egli scrisse numerosi articoli sull'argomento, tra i quali particolarmente pertinenti sono quelli pubblicati nel primo volume dei suoi *Selected Writings* (1931), pp. 251 sgg. e 274 sgg., e i due seguenti, non compresi in tale volume: *On right-or leftsided spasm at the onset of epileptic paroxysms, and on crude sensation warnings and elaborate mental states, in «Brain»,* III, 1880, pp. 192-206; *On a particular variety of epilepsy («Intellectul Aura»)*, in «Brain», XI, 1888, pp. 179-207.

Purdon Martin ha avanzato la suggestiva ipotesi che Henry James abbia conosciuto Hughlings Jackson e abbia discusso con lui tali crisi epilettiche, servendosi poi di quanto aveva appreso nella sua descrizione delle inquietanti apparizioni di *Giro di vite (Neurology in fiction: «The Turn of the Screw»,* in «British Medical Journal», IV, 1973, pp. 717-21).

D. Marr, *Vision: A Computational Investigation of Visual Representation in Man*, San Francisco, 1982. Si tratta di uno studio estremamente originale e importante, pubblicato postumo (Marr contrasse la leucemia ancora in giovane età). Penfield ci mostra la forma delle rappresentazioni finali del cervello: voci, volti, musiche, scene, l' «iconico»; Marr ci mostra qualcosa che non è intuitivamente evidente, o anche solo sperimentato normalmente: la forma delle rappresentazioni iniziali del cervello. Forse avrei dovuto citare questo lavoro nella bibliografia del cap. I, poiché è certo che il dottor P. aveva un deficit di «tipo Marr», una difficoltà a formare ciò che Marr chiama «schema iniziale» (*primal sketch*), in aggiunta o sottostante alle sue difficolta fisiognomiche. Non vi è probabilmente studio neurologico della formazione delle immagini o della memoria che possa prescindere dalle considerazioni sollevate da Marr.

XVI - NOSTALGIA INCONTINENTE

S.E Jelliffe, *Psychopathology of Forced Movements and Oculogyric Crises of Lethargic Encephalitis*, London, 1932, soprattutto le pp. 114 sgg. dove si discute l'articolo di Zutt del 1930.

Si veda anche il caso di «Rose R.» nel mio *Awakenings*, London, 1973, 1983.

XVII - PASSAGGIO IN INDIA

Non mi è nota la letteratura sull'argomento di questo capitolo. Ho tuttavia esperienza personale di un'altra paziente, anch'essa con un glioma, aumento di pressione intracranica e crisi, e sottoposta a terapia steroidea, la quale, negli ultimi giorni di vita, aveva simili visioni e reminiscenze nostalgiche, nel suo caso

riguardanti il Mid-West americano.

XVIII - IL CANE SOTTO LA PELLE

D. Bear, *Temporal-lobe epilepsy: a syndrome of sensory-limbic hyperconnection,* in «Cortex», XV, 1979, pp. 357-84.

A.A. Brill, *The sense of smell in neuroses and psychoses, in «Psychoanalytical Quarterly»,* I, 1932, pp. 7-42. Questo lungo articolo spazia molto più di quanto non indichi il suo titolo. In particolare contiene un esame assai dettagliato della forza e dell'importanza dell'odorato in molti animali, nei «selvaggi» e nei bambini, le cui straordinarie capacità e potenzialità sembrano andare perdute nell'adulto.

XIX - OMICIDIO

Non sono a conoscenza di alcun caso che si avvicini a questo. Tuttavia, in rari casi di lesione frontale, tumore frontale, «ictus» frontale (anterocerebrale) e (non ultima) di lobotomia, ho visto la precipitazione di una «reminiscenza» ossessiva. Le lobotomie naturalmente furono introdotte come «cura» di tale «reminiscenza»; ma a volte riuscivano invece ad aggravarla. Si veda anche Penfield e Perot, op. cit..

XX - LE VISIONI DI HILDEGARD

C. Singer, *The visions of Hildegard of Bingen, in From Magic to Science*, ristampa New York, 1958. Si veda anche il mio Migraine, London, 1970, 1985, soprattutto il cap. III, «*Migraine Aura*». Per i trasporti e le visioni epilettiche di Dostoevskij si veda *Alajouanine*, op. cit..

INTRODUZIONE ALLA QUARTA PARTE

J. Bruner, *Narrative and paradigmatic modes of thought*, letto all'Annual Meeting of the American Psychological Association, Toronto, agosto 1984 (il testo di questa relazione è ottenibile dal professor Jerome Bruner, *Institute for the Humanities,* New York University, NY 10003).

G. Scholem, *On the Kabbalah and its Symbolism*, New York, 1965 (trad. it. La Kabbalah e il suo simbolismo, Torino, 1980).

F. Yates, *The Art of Memory, London*, 1966 (trad. it. L'arte della memoria, Torino, 1972).

XXI – REBECCA

J. Bruner, op. cit.. L.R. Peters, *The role of dreams in the life of a mentally retarded individual,* in «Ethos», 1983, pp. 49-65.

XXII - IL MELOMANE ENCICLOPEDICO

L. Hill, *Idiots savants: a categorisation of abilities*, in «Mental Retardation», dicembre 1974.

D. Viscott, *A musical idiot savant: a psychodynamic study, and some speculations on the creative process, in «Psychiatry*», XXXIII, 4, 1970, pp. 494-515.

XXIII - I GEMELLI

D.J. Hamblin, *They are «idiots savants» - wizards of the calendar*, in «Life 60», 18 marzo 1966, pp. 106-108.

W.A. Horwitz et al., *Identical twin «idiots savants»- calendar calculators*, in «Americal Journal of Psychiatry», CXXI, 1965, pp. 1075-79.

A.R. Lurija e F. Ja. Yudovich, *Linguaggio e sviluppo dei processi cognitivi nel bambino*, cit..

F.W.H. Myers, *Human Personality and its Survival of Bodily Death,* London, 1903 (si veda il cap. III, «Genius», soprattutto le pp. 70-87). Myers era anche lui a suo modo un genio e questo libro è a suo modo un capolavoro, come è evidente nel primo volume, spesso paragonabile ai *Princìpi di psicologia* di William James, di cui era intimo amico. Il secondo volume, *Phantasms of the Dead*, lo si legge con un certo imbarazzo.

E Nagel e J.R. Newmann, *Gődel's Proof*, New York, 1958 (trad. it. *La prova di Gődel,* Torino, 1974).

C.C. e D. Park: si veda la bibliografia del capitolo XXIV.

L. Selfe, Nadia: si veda la bibliografia del capitolo XXIV.

R. Silverberg, Thorns, New York, 1968 (trad. it. *Brivido crudele*, Milano, 1972).

S.B. Smith, *The Great Mental Calculators*: *The Psychology, Methods, and Loves of Calculating Prodigies*, *Past and Present*, New York, 1983.

I. Stewart, *Concepts of Modern Mathematics, Harmonds worth*, 1975.

R. Wollheim, *The Thread of Life,* Cambridge, Mass., 1984, soprattutto il cap. III sull' «iconicità» e la «centricità». Quando scrissi di Martin A., dei gemelli e di José avevo appena finito di leggere questo libro, sicché tutti e tre i capitoli vi fanno spesso riferimento.

XXIV - L'ARTISTA AUTISTICO

L.A. Buck et al., Artistic talent in «autistic» adolescents and young adults, in «Empirical Studies of the Arts» III, 1, 1985, pp. 81 --104.

- *Arts as a means of interperson- al communication in autistic young adults*, in «Jpc», III, 1985, pp. 73-84. Questo articolo e il precedente sono stati pubblicati sotto l'egida del Talented Handicapped Art- ist's Workshop, fondato a New York nel 1981.

A. Morishima, *Another Van Gogh of Japan: the superior artwork of a retarded boy, in «Exceptional Children»,* XLI, 1974, pp. 92-96.

K. Motzugi, *Shyochanì's drawing of insects*, in «Japanese Journal of Mentally Retarded Children», CXIX, 1968, pp. 44-47.

C.C. Park, *The Siege: The First Eight Years of an Autistic Child*, New York, 1967 (ediz. ecom. Boston e Harmonds worth, 1972).

D. Park e P. *Iouderian, Light and number: ordering principles in the world of an autistic child, in «Journal of Autism and Childhood Schizophrenia»*, IV, 4,

1974, pp. 313-23.
I. Rapin, *Children with Brain Disfunctions: Neurology, Cognition, Language and Behaviour,* London, 1982.
L. Selfe, Nadia: *A Case of Extraordinary Drawing Ability in an Autistic Child*, London, 1977. Questo illustratissimo studio di una bambina straordinariamente dotata attrasse grande attenzione quando fu pubblicato, e ne apparvero alcune importanti critiche e recensioni. Il lettore può consultare quella di Nigel Dennis, sulla «New York Review of Books», 4 maggio 1978, e quella di C.C. Park nel «Journal of Autism and Childhood Schizophrenia», VIII, 1978, pp.457-72. Quest'ultima contiene una completa discussione con bibliografia delle straordinarie esperienze con artisti autistici compiute in Giappone, con le quali si chiude il mio ultimo *Post scriptum*.